Директору \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (полное наименование образовательной

 организации)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО заявителя)

 проживающего /ей/ по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 тел.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**на выплату денежной компенсации**

**обучающимся с ограниченными возможностями здоровья,**

**получающим образование на дому,**

 **в том числе с использованием дистанционных технологий**

Прошу назначить мне выплату денежной компенсации на моего сына (мою дочь)
 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ года рождения, учащемуся (ейся) "\_\_\_" класса, в дни обучения ребенка на дому,согласно учебному плану в период действия заключения психолого-медико-педагогической комиссии с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в связи с тем, что обучающийся относится к льготной категории:

- обучающиеся с ограниченными возможностями здоровья, в том числе детей-инвалидов, имеющих статус детей с ограниченными возможностями здоровья, получающих образование на дому.

С положением о порядке выплаты денежной компенсации обучающимся с ограниченными возможностями здоровья, получающим образование на дому, в том числе с использованием дистанционных технологий, (наименование общеобразовательной организации) ознакомлен /а/.

Выплату компенсации прошу производить путем перечисления средств на расчетный банковский счет: реквизиты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

В случае изменения оснований получения компенсации моего сына (моей дочери), обязуюсь письменно информировать руководителя образовательной организации
не позднее 3 календарных дней.

Несу полную ответственность за подлинность и достоверность представленных документов. Обязуюсь возместить расходы, понесенные образовательной организацией, в случае нарушения моих обязанностей, установленных Порядком предоставлении денежной компенсации детей с ограниченными возможностями здоровья.

Даю согласие на обработку и использование персональных данных в соответствии со статей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152 ФЗ «О персональных данных».

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка подписи)