

Начальнику Департамента  
образования Администрации  
города Новый Уренгой  
М.О. Терещенко

\_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество родителя)

проживающего (ей) по адресу:

\_\_\_\_\_  
контактный телефон: \_\_\_\_\_  
паспорт: \_\_\_\_\_  
(серия, номер, дата выдачи)

### Заявление

Прошу Вас назначить ежемесячные компенсационные выплаты на моего ребёнка

\_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя ребенка, дата рождения)

С \_\_\_\_\_  
(месяц назначения выплат)

Прошу причитающиеся мне денежные средства зачислять на расчётный счёт

\_\_\_\_\_  
(счёт банковской карты)

К заявлению прилагаю следующие документы:

1. Копия свидетельства о рождении ребёнка.
2. Справка с места жительства о составе семьи, подтверждающая совместное проживание ребёнка с заявителем.
3. Копия реквизитов Банка.

Дата \_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2015г. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Обязуюсь в месячный срок известить Департамент образования Администрации города Новый Уренгой о наступлении обстоятельств, влекущих прекращение выплат.

Дата \_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2015г. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

-----  
Принято от: \_\_\_\_\_

1. Копия свидетельства о рождении ребёнка.
2. Справка с места жительства о составе семьи, подтверждающая совместное проживание ребёнка с заявителем.
3. Копия реквизитов Банка.

Ведущий бухгалтер  
МКУ ЦФХОД

О.В.Филатова  
\_\_\_\_\_ 2015г.

\*Напоминание: получатели ежемесячной выплаты на детей, не посещающих дошкольные образовательные учреждения, обязаны в месячный срок письменно известить орган местного самоуправления, осуществляющий управление в сфере образования о наступлении обстоятельств, влекущих прекращение выплат.

тел. 22-13-95