Директору МОУ СОШ № 17 имени А.А.Герасимова

Серебряковой С.В.

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

(фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя),

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

получаемого пособие на ребёнка)

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

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

(адрес регистрации)

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

(адрес фактического проживания)

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

(паспорт серии, номер, кем выдан, дата выдачи)

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

**(СНИЛС) родителя (законного представителя) ребенка**

 Прошу предоставить бесплатное питание моему ребенку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(фамилия, имя, отчество ребенка (полностью))

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, ученика (цы) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ класса .

Номер страхового свидетельства ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

**Основание:** (подчеркнуть нужную категорию)

* Многодетная семья
* Малоимущая семья
* Многодетная семья, признанная малоимущей
* Опекаемый ребенок (в случае, когда опекунам пособие не выплачивается)
* Ребенок, признанный инвалидом
* Ребенок состоит на учете в противотуберкулезном диспансере
* Родители имеют инвалидность по зрению 1 и 2 группы
* Ребенок ОВЗ
* Родитель-участник ликвидации Чернобыльской катастрофы

Для категории малоимущих указать:

Ежемесячное пособие на ребенка **ПОЛУЧАЮ, НЕ ПОЛУЧАЮ** (нужное подчеркнуть).

Дата

.

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Расшифровка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_