Додаток 1 до Порядку

Начальнику управління соціальної політики Чорноморської міської ради Одеського району Одеської області

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

# \_

(ПІБ заявника)

Зареєстроване/задеклароване місце проживання/перебування заявника

\_

Документ, що посвідчує особу заявника:

серія \_ \_\_\_\_номер, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

виданий\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

дата видачі “ \_“ р.

Реєстраційний номер облікової картки платника податків \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактний номер телефону

\_

Адреса електронної пошти

# \_

ЗАЯВА

Прошу надати мені (*зазначити потрібне*)

# як одному з батьків дитини (учня) з особливими освітніми потребами (законному представнику),

* як уповноваженій батьками дитини особі, компенсацію за виконання функцій асистента дитини (учня) під час освітнього процесу

# \_ ,

(ПІБ дитини, дата народження)

яка відвідує заклад освіти, що забезпечує здобуття повної загальної середньої освіти \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(назва закладу освіти, його місцезнаходження)

Повідомляю, що керівником закладу освіти мене допущено до участі в освітньому процесі як асистента дитини (учня), що підтверджується:

* договором про участь асистента учня (дитини) в освітньому процесі в закладі освіти \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(зазначити дату та номер договору)

# наказом керівника закладу освіти про допуск асистента учня (дитини) до освітнього процесу:\_ \_ \_\_\_\_\_\_

(зазначити номер та дату наказу)

До заяви долучаю (обрати з переліку):

|  |  |
| --- | --- |
| Копію паспорта громадянина України/копію паспорта з безконтактним електронним носієм (ID карта) з наявним оригіналом довідки про реєстрацію місця проживання (перебування) |  |
| Копію реєстраційного номера облікової картки платника податків (крім осіб, які через свої релігійні переконання відмовились від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідний орган державної податкової служби і мають відмітку у паспорті) |  |
| Копію свідоцтва про народження дитини (учня) з особливими освітніми потребами |  |
| Копію медичного висновку про дитину з інвалідністю віком до  18 років |  |
| Копію довідки про захворювання дитини на тяжке перинатальне ураження центральної нервової системи, тяжку вроджену ваду розвитку, рідкісне орфанне захворювання, онкологічне, онкогематологічне захворювання, дитячий церебральний параліч, тяжкий психічний розлад, цукровий діабет I типу (інсулінозалежний), гостре або хронічне захворювання нирок IV ступеня, про те, що дитина отримала тяжку травму, потребує трансплантації органа, потребує паліативної допомоги, виданої лікарсько-консультативною комісією лікувально-профілактичного закладу |  |
| Копію висновку про комплексну психолого-педагогічну оцінку розвитку особи, наданого ІРЦ |  |
| Копію довідки/електронної довідки про взяття на облік внутрішньо переміщеної особи (за наявності) |  |
| Копію документа про проходження спеціальної підготовки (підвищення кваліфікації), виданого суб’єктом надання освітніх послуг з підвищення кваліфікації. |  |
| Копію наказу керівника закладу освіти про допуск асистента дитини (учня) до освітнього процесу, засвідчена закладом освіти |  |
| Копія договору про участь асистента дитини (учня) в освітньому процесі в закладі освіти, засвідчена закладом освіти |  |
| Інформація (повідомлення) про відкриття та обслуговування рахунку в установі уповноваженого банку |  |
| Інші документи, у разі необхідності, залежно від обставин, які склалися (написати які) |  |

# Додатково інформую:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Соціальні послуги з догляду на професійній або непрофесійній основі відповідно до Закону України “Про соціальні послуги“ | надаю | не надаю |

Я усвідомлюю, що наведені мною відомості, які вплинули або могли вплинути на встановлення права на отримання компенсації, будуть перевірені згідно з законодавством України.

Про відмову у призначенні (ненаданні) або необхідності повернення надміру нарахованих/виплачених коштів у разі подання неповних чи недостовірних відомостей, які мають значення для отримання компенсації, зазначених мною у заяві, мене попереджено.

# Я даю згоду на обробку, використання, зберігання та надання моїх персональних даних, відповідно до Закону України “Про захист персональних даних“:

\_ \_ \_ \_

(дата) (підпис заявника) (ПІБ)

Начальниця управління Тетяна ПРИЩЕПА