

#### АДМИНИСТРАЦИЯ

**СОВЕТСКОГО МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА**

**САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ**

от 17.04.2023 № 179

р.п. Степное

**О внесении изменений в постановление**

**администрации Советского муниципального**

**района от 07.02.2023 № 52**

В соответствии с Федеральными законами от 06.10.2003 № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации», от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», руководствуясь Уставом Советского муниципального района, администрация Советского муниципального района ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Внести в приложение к постановлению администрации Советского муниципального района от 07.02.2023 № 52 «О предоставлении бесплатного двухразового питания детям с ограниченными возможностями здоровья, обучающимся в муниципальных общеобразовательных учреждениях, реализующих адаптированные образовательные программы для детей с ОВЗ на территории Советского муниципального района Саратовской области» следующие изменения:

1.1. изложить пункт 3.15. раздела 3. «Порядок замены бесплатного двухразового питания обучающихся с ограниченными возможностями здоровья денежной компенсацией» в новой редакции:

«3.15. В случае принятия решения о выплате Компенсации руководитель учреждения в течение 5 рабочих дней со дня издания распорядительного акта предоставляет весь пакет документов (распорядительный акт о выплате Компенсации, заявление от родителей (законных представителей) о Компенсации, копию паспорта или иной документ, удостоверяющего личность родителей (законных представителей), заключение ПМПК обучающегося, документ о наличии у родителей (законных представителей) банковского счета, открытого в кредитной организации, с указанием реквизитов счета, заключение медицинской организации, заверенное заведующим отделением или главным врачом и печатью медицинской организации, на обучение на дому) в управление образования администрации Советского муниципального района».

1.2. изложить пункт 4.1раздела 4. «Финансовое обеспечение» в новой редакции:

«4.1. Финансовое обеспечение расходов, связанных с обеспечением бесплатным двухразовым питанием обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, обучение которых организовано муниципальными общеобразовательными учреждениями Советского муниципального района, в отношении которых функции и полномочия учредителя осуществляет управление образования администрации Советского муниципального района, осуществляется путем предоставления учреждениям субсидий нафинансовое обеспечение выполнения муниципального задания».

1.3. изложить пункт 4.2 раздела 4. «Финансовое обеспечение» в новой редакции:

«4.2. Учреждения ежемесячно при получении средств направляют их на обеспечение питанием обучающихся с ограниченными возможностями здоровья».

2. Настоящее постановление вступает в силу со дня его официального опубликования.

**Глава Советского**

**муниципального района С.В. Пименов**

Овтина Т.А.

5-02-41

[Приложение № 1](#sub_1001)

к Порядку предоставления бесплатного

двухразового питания детям с ограниченными возможностями здоровья, обучающимся муниципальных общеобразовательных учреждениях, реализующих адаптированные образовательные программы для детей с ОВЗ на территории Советского муниципального района Саратовской области

Форма заявления  
о предоставлении бесплатного двухразового  
питания в образовательной организации

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

(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О. родителя/законного представителя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О., число, месяц, год рождения обучающегося)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адресместа жительства)

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

(контактный телефон)

Заявление

Прошу предоставить моему (ей) сыну/дочери\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

ученику(це)\_\_\_\_\_\_\_класса, бесплатное двухразовое питание.

Мой ребенок имеет статус ребенка с ограниченными возможностями здоровья, что подтверждается заключением психолого-медико-педагогической комиссии от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_о признании статуса ребенка с ограниченными возможностями, выданной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

На основании данной справки (иных документов) прошу организовать бесплатное двухразовое питание

с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(дата начала предоставления питания)

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) |

10

|  |
| --- |
| Приложение № 2  к   Порядку предоставления бесплатного двухразового питания детям с ограниченными возможностями здоровья, обучающимся муниципальных общеобразовательных учреждениях, реализующих адаптированные образовательные программы для детей с ОВЗ на территории Советского муниципального района Саратовской области |

Форма заявления

на замену бесплатного двухразового питания

обучающихся с ограниченными возможностями

здоровья денежной компенсацией

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

(Ф.И.О.)

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

(Ф.И.О. родителя/законного представителя)

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

(Ф.И.О., число, месяц, год рождения обучающегося)

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

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

(адрес места жительства)

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

(контактный телефон)

Заявление

Прошу предоставить мне денежную компенсацию бесплатного двухразового питания моего(ей) сына/дочери\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (Ф.И.О. полностью) ученика (цы)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_класса, так как освоение образовательной программы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(начального общего, основного общего и среднего общего образования – выбрать) осуществляется на дому.

Мой ребенок имеет статус ребенка с ограниченными возможностями здоровья, что подтверждается заключением психолого-медико-педагогической комиссии от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ о признании статуса ребенка с ограниченными возможностями, выданной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

На основании\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(медицинская справка, заключение)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(№, дата, кем и когда выдана) организовано обучение на дому.

На основании данных справок (иных документов) прошу заменить бесплатное двухразовое питание моего ребенка ежемесячной денежной компенсацией с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(дата начала предоставления компенсации).

Банковские реквизиты прилагаются.

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

(дата) (подпись)