



Администрация Ангарского городского округа

УПРАВЛЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ

П Р И К А З

от 19.10.2021

№ 1246

Об организации работы по предоставлению ежемесячной компенсации родителям (законным представителям) детей-инвалидов, детей, имеющих хронические заболевания, и обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, обучающихся в муниципальных общеобразовательных организациях, обучение которых в соответствии с законодательством организовано на дому

В соответствии с Постановлением Правительства Иркутской области от 15.09.2021 № 657-пп «Об установлении перечня хронических заболеваний, при которых детям-инвалидам, обучающимся в государственных общеобразовательных организациях Иркутской области, в муниципальных общеобразовательных организациях в Иркутской области и не проживающим в них, требуется в соответствии с назначениями врача лечебное питание, и при которых их родителям (законным представителям) выплачивается ежемесячная компенсация расходов на питание в случае, если в указанных общеобразовательных организациях не организовано лечебное питание таких обучающихся» (далее – Постановление Иркутской области от 15.09.2021 № 657-пп), Постановлением Правительства Иркутской области от 15.10.2021 № 758-пп «Об обеспечении отдельных категорий обучающихся в Иркутской области питанием, одеждой, обувью, мягким и жестким инвентарем и признании утратившими силу отдельных постановлений Правительства Иркутской области»,

П Р И К А З Ы В А Ю:

1. Руководителям муниципальных общеобразовательных организаций:

1.1. Руководствоваться Порядком и условиями предоставления ежемесячной компенсации расходов на питание родителям (законным представителям) отдельных категорий обучающихся в Иркутской области, утвержденным Постановлением Правительства Иркутской области от 15.10.2021 № 758-пп «Об обеспечении отдельных категорий обучающихся в Иркутской области питанием, одеждой, обувью, мягким и жестким инвентарем и признании утратившими силу

отдельных постановлений Правительства Иркутской области» (далее – Порядок), а также Постановлением Иркутской области от 15.09.2021 № 657-пп.

1.2. Определить списки следующих категорий обучающихся:

- детей-инвалидов, детей, имеющих хронические заболевания, при которых требуется лечебное питание, в случае, если в муниципальной общеобразовательной организации не организовано лечебное питание таких обучающихся;

- обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, обучающихся в муниципальных общеобразовательных организациях, обучение которых в соответствии с законодательством организовано на дому.

1.3. Довести Порядок до сведения родителей (законных представителей):

- детей-инвалидов, детей, имеющих хронические заболевания, при которых требуется лечебное питание, в случае, если в муниципальной общеобразовательной организации не организовано лечебное питание таких обучающихся;

- обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, обучающихся в муниципальных общеобразовательных организациях, обучение которых в соответствии с законодательством организовано на дому.

1.4. Организовать прием заявлений о предоставлении компенсации в соответствии с утвержденными формами (Приложение № 1 к Порядку) родителям (законным представителям):

- детей-инвалидов, детей, имеющих хронические заболевания, при которых требуется лечебное питание, в случае, если в муниципальной общеобразовательной организации не организовано лечебное питание таких обучающихся;

- обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, обучающихся в муниципальных общеобразовательных организациях, обучение которых в соответствии с законодательством организовано на дому.

1.5. Обеспечить предоставление в Управление образования расчет расходов на выплату ежемесячной компенсации стоимости бесплатного двухразового питания детей-инвалидов, детей, имеющих хронические заболевания, при которых требуется лечебное питание, и обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, обучающихся в муниципальных общеобразовательных организациях, обучение которых в соответствии с законодательством организовано на дому, для перечисления субсидии ежемесячно не позднее 5 числа текущего месяца (Приложение № 2 к Порядку).

1.6. Разместить данный Порядок на официальном сайте муниципальной общеобразовательной организации.

2. Настоящий приказ вступает в силу с момента его подписания и распространяется на правоотношения, возникшие с 1 сентября 2021 года.

3. Контроль исполнения настоящего приказа оставляю за собой.

И.о. начальника



Т.М. Смирнова

Заявление о предоставлении компенсации родителям (законным представителям) детей-инвалидов, детей, имеющих хронические заболевания, при которых требуется лечебное питание, в случае, если в муниципальной общеобразовательной организации не организовано лечебное питание таких обучающихся

Руководителю МБОУ/МАОУ _____

Прошу предоставить ежемесячную компенсацию расходов на питание, предоставляемую для детей, детей-инвалидов, имеющих хронические заболевания, при которых требуется лечебное питание, по причине не предоставления лечебного питания в МБОУ/МАОУ _____, моему ребенку

(Ф.И.О. полностью)

обучающе(му,й)ся класса _____ на период действия справки медико-социальной экспертизы, подтверждающей факт установления инвалидности, заключения о наличии хронического заболевания при котором требуется лечебное питание

Реквизиты счета для перевода компенсации:

Счет получателя _____

Банк получателя _____

ИНН банка получателя _____

КПП банка получателя _____

БИК банка получателя _____

Расчетный счет банка получателя _____

В случае изменения оснований для предоставления ежемесячной компенсации стоимости бесплатного двухразового питания (набора продуктов питания) обязуюсь незамедлительно письменно информировать администрацию общеобразовательного учреждения.

Предъявлен документ, подтверждающий право представлять интересы несовершеннолетнего _____

(наименование документа)

Подпись _____ / _____ / _____ Дата

(Ф.И.О.)

Заявление о предоставлении компенсации родителям (законным представителям)
обучающихся с ограниченными возможностями здоровья,
обучающихся в муниципальных общеобразовательных организациях,
обучение которых в соответствии с законодательством
организовано на дому

Руководителю МБОУ/МАОУ _____

Прошу предоставить ежемесячную компенсацию расходов на питание,
предоставляемую для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья,
обучающихся в муниципальных общеобразовательных организациях, обучение
которых в соответствии с законодательством организовано на дому, моему ребенку

(Ф.И.О. полностью)

обучающе(му,й)ся класса _____ на период действия заключения, выданного
центральной или территориальной психолого-медико-педагогической комиссией
(для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, обучающихся в
муниципальных общеобразовательных организациях, обучение которых в
соответствии с законодательством организовано на дому).

Реквизиты счета для перевода компенсации:

Счет получателя _____

Банк получателя _____

ИНН банка получателя _____

КПП банка получателя _____

БИК банка получателя _____

Расчетный счет банка получателя _____

В случае изменения оснований для предоставления ежемесячной
компенсации стоимости бесплатного двухразового питания (набора продуктов
питания) обязуюсь незамедлительно письменно информировать администрацию
общеобразовательного учреждения.

Предъявлен документ, подтверждающий право представлять интересы
несовершеннолетнего _____

(наименование документа)

Подпись _____ / _____ / _____ Дата

(Ф.И.О.)

Приложение 2
к Порядку

Форма 1

Расчет расходов на питание, предоставляемый для детей, детей-инвалидов, имеющих хронические заболевания, при которых требуется лечебное питание
на _____ года

Ф.И.О. ребенка	месяц _____ года					Расчет потребности, руб.
	Количество детей, претендующих на денежную компенсацию		Стоимость дня питания		Количество дней питания	
	7-10 лет	11-18 лет	7-10 лет	11-18 лет		
ВСЕГО	0	0				0,0

Расчет расходов на питание, предоставляемый для обучающихся в муниципальных общеобразовательных организациях, обучение которых в соответствии с законодательством организовано на дому
на _____ года

Ф.И.О. ребенка с ограниченными возможностями здоровья	месяц _____ года					Расчет потребности, руб.
	Количество детей, претендующих на денежную компенсацию		Стоимость дня питания		Количество дней питания	
	7-10 лет	11-18 лет	7-10 лет	11-18 лет		
ВСЕГО	0	0				0,0