

ДО
ОБЩИНСКИ СЪВЕТ- ЕЛИН ПЕЛИН

ЗАЯВЛЕНИЕ

1. От

/име, презиме, фамилия/

ЕГН, тел. за контакт:

Постоянен адрес: гр./с. община, област

ул.

Настоящ адрес: гр./с. община, област

ул.

2. Данни за втория родител:

..... ЕГН

/име, презиме, фамилия/

Постоянен адрес: гр./с. община, област

ул.

Настоящ адрес: гр./с. община, област

ул.

УВАЖАЕМИ Г-Н/Г-ЖО ПРЕДСЕДАТЕЛ, УВАЖАЕМИ Г-ЖИ И ГОСПОДА ОБЩИНСКИ СЪВЕТНИЦИ,

Във връзка с отпуснатата ми финансова помощ, съгласно Наредба за реда и условията за отпускане на финансова помощ за новородено дете в Община Елин Пелин,

за новороденото ми дете -

/трите имена на детето/

родено на 20__ г., моля да ми бъде предоставена следната сума (подчертайте приложимото):

- За втори етап: записване на детето в детска градина на територията на община Елин Пелин;
- За трети етап: записване на детето в училище на територията на община Елин Пелин;

ПРИЛАГАМЕ СЛЕДНИТЕ ДОКУМЕНТИ:

1. Декларация или удостоверение в оригинал от личния лекар на детето за редовно завършени задължителни имунизации и реимунизации, съгласно актуалния Имунизационен календар на Република България на Регионалната здравна инспекция към Министерството на здравеопазването.

2. Удостоверение от детската градина/училището, където е записано детето.

3. Удостоверение за банкова сметка.

Дата:

гр. Елин Пелин

Подпис: 1.

2.