|  |  |
| --- | --- |
|  | Министру труда и социального развития Мурманской области |
|  | от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | (полное наименование юридического лица (индивидуального предпринимателя) в соответствии с Уставом) |

ЗАЯВЛЕНИЕ

О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ СУБСИДИИ ИЗ ОБЛАСТНОГО БЮДЖЕТА

НА ВОЗМЕЩЕНИЕ ЗАТРАТ, СВЯЗАННЫХ С ПРЕДОСТАВЛЕНИЕМ ПОЛУЧАТЕЛЮ

СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ, ПРЕДУСМОТРЕННЫХ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММОЙ

|  |
| --- |
| В соответствии с Порядком определения размера и выплаты компенсации поставщикам социальных услуг, которые включены в реестр поставщиков социальных услуг Мурманской области, но не участвуют в выполнении государственного задания (заказа), утвержденным постановлением Правительства Мурманской области от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_ (далее - Порядок), прошу предоставить за счет средств бюджета Мурманской области субсидию на возмещение затрат, связанных с предоставлением получателю социальных услуг, предусмотренных индивидуальной |
| программой предоставления социальных услуг (далее - субсидия), за |  |
|  | (месяц, квартал) |
| 20\_\_\_ г. в сумме: |  | (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) | руб. \_\_\_\_\_\_ коп. |
|  | (сумма цифрами) | (сумма прописью) |  |
| Сообщаю, что \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  (наименование организации - поставщика социальных услуг) |
| включен в реестр поставщиков социальных услуг Мурманской области, но не участвует в 20\_\_\_\_ году в выполнении государственного задания (заказа) за счет средств областного бюджета. |
| Даю согласие:- на осуществление Министерством и органами государственного финансового контроля Мурманской области проверок соблюдения условий, целей и порядка предоставления субсидии;- на публикацию (размещение) в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" информации о получателе субсидии. |
| Подтверждаю, что \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  (наименование организации - поставщика социальных услуг) |
| соответствует требованиям, установленным Порядком. |
| Приложение: на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ л. в 1 экз. |
| Руководитель юридического лица(индивидуальный предприниматель) |  |  |  |
|  | (подпись) |  | (Ф.И.О.) |
| М.П. |
| "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. |  |
| (дата составления заявления) |  |
| рег. N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |  |  |
| (должность специалиста) |  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |