|  |  |
| --- | --- |
|  | 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) | | |