Приложение № 2

к Порядку

Форма

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](#P31) 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 \_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_ (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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_\_г. в сумме:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(месяц) (сумма цифрами) (сумма прописью)

руб. \_\_ коп.

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.

С условиями и требованиями предоставления субсидии ознакомлен и согласен. Достоверность представленной информации гарантирую.

Приложение: на \_\_\_\_\_\_\_\_ л. в 1 экз.

Руководитель юридического лица

(индивидуальный предприниматель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О.)

М.П. (при наличии)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

(дата составления заявления)

рег. № \_\_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(должность специалиста) (подпись) (расшифровка подписи)

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