**Vanemate poolt kaetava osa määra maksmisest vabastamise taotlus**

Lasteasutuse nimetus……………………………………………………………………

Lapse ees- ja perekonnanimi……………………………..……………..rühm…………

Lapsevanema või teda asendava isiku ees- ja perekonnanimi/ kontakttelefon:

…………....................................................................................../ ........….....................

Aadress rahvastikuregistris………………………………………………………..…....

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr. | Pereliikmed:  (ees-ja perekonnanimi) | Sünniaeg | Sissetuleku liik | Viimase kolme kuu netosissetulek (kroonides) |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |
| Kokku | | | |  |

Perekonna kolme kuu keskmine netosissetulek .......……............... eurot.

Kinnitan esitatud andmete õigsust. Olen teadlik, et sotsiaalhoolekandeosakonnal on õigus nõuda sissetulekuid tõendavaid dokumente ja nende kontrollimiseks pöörduda Maksu- ja Tolliameti piirkondliku maksukeskuse poole.

……………………………. ……………………………….

(kuupäev) (taotleja allkiri)

............................................................................................

sotsiaalhoolekande osakond kinnitab / ei kinnita avaldusesesitatudandmete õigust.

……………………………. ……………………………….

(kuupäev) (osakonnajuhataja või asetäitja allkiri)

**Lasteaia direktori otsus:**

…………………………………………………………………………………………

……………………………. ……………………………….

(kuupäev) (direktori allkiri)