|  |
| --- |
| *Генеральному директору*  *ООО «Сбербанк-Сервис»*  *от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *должность, фамилия, имя, отчество*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |
|  |

Заявление.

В соответствии со [статьей 262](http://base.garant.ru/12125268/41/#block_262) Трудового кодекса Российской Федерации прошу Вас предоставить мне дополнительные оплачиваемые выходные дни для ухода за ребенком-инвалидом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Фамилия И.О. ребенка, дата рождения)

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

(дата (даты) предоставления дополнительных оплачиваемых выходных дней)

в количестве \_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) календарных дней.

(общее число календарных дней, необходимых работнику для ухода за ребенком-инвалидом)

Документы и копии документов, предусмотренные [законодательством](http://base.garant.ru/70764932/#block_9)

Российской Федерации для предоставления дополнительных оплачиваемых

выходных дней для ухода за детьми-инвалидами, на \_\_\_ листах прилагаю.

Достоверность представленных мною сведений подтверждаю.

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_года *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/*

*подпись расшифровка подписи*

*Согласовано.*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*должность руководителя подразделения*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/*

*подпись расшифровка подписи*

*«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_года*

ВАРИАНТ 2

(заполняется, если справка с места работы второго родителя не предоставляется)

|  |
| --- |
| *Генеральному директору*  *ООО «Сбербанк-Сервис»*  *Семенову И.В.*  *от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *должность, фамилия, имя, отчество*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |
|  |

Заявление.

В соответствии со [статьей 262](http://base.garant.ru/12125268/41/#block_262) Трудового кодекса Российской Федерации прошу Вас предоставить мне дополнительные оплачиваемые выходные дни для ухода за ребенком-инвалидом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Фамилия И.О. ребенка, дата рождения)

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

(дата (даты) предоставления дополнительных оплачиваемых выходных дней)

в количестве \_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) календарных дней.

(общее число календарных дней, необходимых работнику для ухода за ребенком-инвалидом)

Сообщаю, что \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

(сведения, сообщаемые работником о втором родителе ребенка-инвалида, в связи с которыми справка с места работы другого родителя (опекуна, попечителя) не требуется).

Документы и копии документов, предусмотренные [законодательством](http://base.garant.ru/70764932/#block_9)

Российской Федерации для предоставления дополнительных оплачиваемых

выходных дней для ухода за детьми-инвалидами, на \_\_\_ листах прилагаю.

Достоверность представленных мною сведений подтверждаю.

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_года *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/*

*подпись расшифровка подписи*

*Согласовано.*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*должность руководителя подразделения*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/*

*подпись расшифровка подписи*

*«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_года*

*Справочно*

***Документы к заявлению:***

*а) Копия справки, подтверждающая факт установления инвалидности, выданная бюро (главным бюро, Федеральным бюро) медико-социальной экспертизы;* ***(предоставляется в зависимости от срока на который присвоена инвалидность)***

*б) Документы, подтверждающие место жительства (пребывания или фактического проживания) ребенка-инвалида;* ***(предоставляется 1 раз)***

*в) Копия свидетельства о рождении (усыновлении) ребенка либо документ, подтверждающий установление опеки, попечительства над ребенком-инвалидом;*

***(предоставляется 1 раз)***

*г) справка с места работы другого родителя (опекуна, попечителя) о том, что на момент обращения дополнительные оплачиваемые выходные дни в этом же календарном месяце им не использованы или использованы частично, либо справка с места работы другого родителя (опекуна, попечителя) о том, что от этого родителя (опекуна, попечителя) не поступало заявления о предоставлении ему в этом же календарном месяце дополнительных оплачиваемых выходных дней*

***(предоставляется каждый раз)***