|  |
| --- |
| Комитет социальной защиты населения Гатчинского муниципального района    от заявителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилия, имя отчество заполняется заявителем)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  от законного представителя (уполномоченного лица) *(нужное подчеркнуть)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество заполняется законным представителем (уполномоченным лицом))  от имени заявителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (указать фамилию, имя, отчество заявителя) |
| Адрес места жительства заявителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (почтовый индекс, район, населенный пункт, улица, дом, корпус, квартира) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) – заполняется при первичном обращении  телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении государственной услуги

Прошу назначить мне ежемесячную денежную компенсацию, установленную частями 9, 10 и 13 статьи 3 Федерального закона от 7 ноября 2011 года № 306-ФЗ "О денежном довольствии военнослужащих и предоставлении им отдельных выплат" как (поставить отметку «V»):

|  |  |
| --- | --- |
|  | военнослужащему, которому в период прохождения военной службы установлена инвалидность вследствие военной травмы |
|  | военнослужащему, которому после увольнения с военной службы установлена инвалидность вследствие военной травмы |
|  | гражданину, призванному на военные сборы, которому в период прохождения военных сборов установлена инвалидность вследствие военной травмы |
|  | гражданину, призванному на военные сборы, которому после отчисления с военных сборов или окончания военных сборов установлена инвалидность вследствие военной травмы |
|  | члену семьи умершего (погибшего) инвалида вследствие военной травмы |
|  | члену семьи военнослужащего, погибшего (умершего) при исполнении обязанностей военной службы |
|  | члену семьи военнослужащего умершего вследствие военной травмы |
|  | члену семьи гражданина, призванного на военные сборы, погибшего (умершего) при исполнении обязанностей военной службы |
|  | члену семьи гражданина, призванного на военные сборы, умершего вследствие военной травмы |
|  | члену семьи военнослужащего, пропавшего без вести при исполнении ими обязанностей военной службы в периоды ведения боевых действий в государствах и на территориях, указанных в [перечне](consultantplus://offline/ref=FA36A1941897D303D5FAA9DE416F7C4135E5A93522E337D6FC94D6AEEC6B2D8AA992381BC52C9FFEI7xFI) государств, городов, территорий и периодов ведения боевых действий с участием граждан Российской Федерации, предусмотренном приложением к Федеральному закону "О ветеранах", и в установленном законом порядке признанных безвестно отсутствующими или объявленных умершими |
|  | член семьи гражданина, призванного на военные сборы, пропавшего без вести при исполнении ими обязанностей военной службы в периоды ведения боевых действий в государствах и на территориях, указанных в [перечне](consultantplus://offline/ref=FA36A1941897D303D5FAA9DE416F7C4135E5A93522E337D6FC94D6AEEC6B2D8AA992381BC52C9FFEI7xFI) государств, городов, территорий и периодов ведения боевых действий с участием граждан Российской Федерации, предусмотренном приложением к Федеральному закону "О ветеранах", и в установленном законом порядке признанных безвестно отсутствующими или объявленных умершими |

с учетом членов семьи:

1) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(степень родства) (ф.и.о.)

Проживает по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(степень родства) (ф.и.о.)

Проживает по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(степень родства) (ф.и.о.)

Проживает по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(степень родства) (ф.и.о.)

Проживает по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

К заявлению прилагаю:

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование документа | Количество  документов |
| копия документа, удостоверяющего личность |  |
| согласие гражданина на обработку персональных данных |  |
| копии документов, подтверждающих проживание по месту жительства на территории Ленинградской области |  |
| копию документа, содержащего сведения о назначении либо получении пенсии в территориальном органе Пенсионного фонда Российской Федерации |  |
| копию справки федерального учреждения медико - социальной экспертизы, подтверждающей факт установления инвалидности вследствие военной травмы |  |
| копию документа, подтверждающего получение военной травмы в период прохождения военной службы (военный билет, справка военного комиссариата, военно-медицинские документы, архивные справки) |  |
| копию свидетельства о заключении брака |  |
| копию свидетельства о рождении детей |  |
| копию документа, подтверждающего родственные отношения с умершим (погибшим) инвалидом либо военнослужащим или гражданином, призванным на военные сборы, погибшим (умершим) при исполнении обязанностей военной службы либо умершим вследствие военной травмы |  |
| копию справки федерального учреждения медико-социальной экспертизы, подтверждающей факт установления инвалидности |  |
| копию справки образовательной организации, подтверждающей обучение ребенка по очной форме (представляется по достижении им 18-летнего возраста каждый учебный год) |  |
| копию свидетельства о смерти инвалида |  |
| копию справки федерального учреждения медико-социальной экспертизы, подтверждающей факт установления инвалидности вследствие военной травмы |  |
| копию документа, подтверждающего получение военной травмы в период прохождения военной службы (военный билет, справка военного комиссариата, военно-медицинские документы, архивные справки) |  |
| копию документа, подтверждающего гибель (смерть) военнослужащего или гражданина, призванного на военные сборы, при исполнении ими обязанностей военной службы, либо заключение военно-врачебной комиссии, подтверждающее, что смерть военнослужащего или гражданина, призванного на военные сборы, наступила вследствие военной травмы либо заверенную судебным органом копию решения суда о признании безвестно отсутствующим или объявлении умершим военнослужащего (гражданина, призванного на военные сборы), пропавшего без вести при исполнении им обязанностей военной службы |  |
| копию доверенности |  |
| копии свидетельств о государственной регистрации актов гражданского состояния (копия свидетельства о перемене имени, свидетельства о заключении брака, свидетельство о рождении) |  |
| решения, заключения и разрешения, выдаваемые органами опеки и попечительства в соответствии с законодательством Российской Федерации об опеке и попечительстве |  |
| копию судебного решения, вступившего в законную силу, заверенную судебным органом |  |
|  |  |
|  |  |

Согласие гражданина на обработку персональных данных дано мною в орган социальной защиты населения при получении государственной услуги\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(указать наименование государственной услуги, дату подачи согласия)

Сообщаю, что пенсия мне выплачивается через Пенсионный фонд Российской Федерации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(подпись, дата)

Ежемесячную денежную компенсацию по тем же основаниям в соответствии с иными федеральными законами и нормативными правовыми актами Российской Федерации не получаю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(подпись, дата)

С порядком и условиями назначения и выплаты ежемесячной денежной компенсации ознакомлен(а).

Уведомлен(а) о том, что получатели ежемесячной денежной компенсации своевременно информируют в месячный срок в письменной форме орган социальной защиты населения об изменении сведений, представленных для принятия решения о назначении ежемесячной денежной компенсации (смерть (гибель) инвалида, члена семьи, достижение ребенком 18-летнего возраста (за исключением детей, ставших инвалидами с детства), окончание ребенком обучения по очной форме в образовательной организации или достижение им 23-летнего возраста, истечение срока признания лица инвалидом, перемена места жительства, окончание срока инвалидности и других изменениях).

Предупрежден(а) о том, что при представлении заведомо ложных и (или) недостоверных сведений, а также при умолчании о фактах, влекущих отказ в предоставлении, прекращение выплаты денежной компенсации, предусмотрена уголовная ответственность статьей 159.2 Уголовного кодекса Российской Федерации.

Уведомлен(а) о том, что возврат излишне выплаченных средств в качестве денежной компенсации производится получателем денежной компенсации добровольно, либо указанные средства взыскиваются в судебном порядке.

Денежную компенсацию прошу перечислить *(выбрать нужное и указать)*:

|  |  |
| --- | --- |
| В почтовое отделение, которое обслуживает население по моему месту жительства (указать адрес или номер почтового отделения)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | В банк \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(название банка, номер отделения, филиала, офиса)*  на счет №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (в случае перечисления на банковскую карту необходимо указать номер счета, а не карты)  (реквизиты кредитного учреждения (за исключением Северо-Западного  банка Сбербанка России)): БИК\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ИНН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |

Мне известно, что указанные ниже сведения могут быть представлены мною лично или запрошены органом социальной защиты населения в рамках межведомственного информационного взаимодействия для предоставления государственной услуги.

Для предоставления мне государственной услуги поручаю органу социальной защиты населения запросить в рамках межведомственного информационного взаимодействия следующие сведения:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| наименование сведений | отметить, если  следует  запросить сведения  (указать слово «да»  в графе 2) | дополнительные сведения для запроса |
| 1 | 2 | 3 |
| сведения о регистрации по месту жительства |  |  |
| сведения о получении пенсии в Пенсионном фонде Российской Федерации |  |  |
| сведения о том, что выплата ежемесячной денежной компенсации не производится из пенсионного органа Министерства обороны Российской Федерации, Министерства внутренних дел Российской Федерации или Федеральной службы безопасности Российской Федерации |  |  |
| сведения о получении военной травмы в период прохождения военной службы |  |  |
| сведения о неполучении (прекращении получения) государственной услуги, предусмотренной настоящим административным регламентом, по прежнему месту жительства в Российской Федерации |  |  |
| сведения о невступлении в новый брак из территориальных органов записи актов гражданского состояния |  |  |

Предупрежден (а) о том, что при запросе документов (сведений) органом социальной защиты населения в рамках межведомственного информационного взаимодействия, вопрос предоставления государственной услуги будет рассмотрен после получения сведений.

Подтверждаю, что сведения, сообщенные мной в настоящем заявлении точны и исчерпывающи.

Прошу орган социальной защиты населения либо МФЦ результаты предоставления государственной услуги (поставить отметку «V»):

|  |  |
| --- | --- |
|  | выдать на руки в органе социальной защиты населения |
|  | выдать на руки в МФЦ |
|  | направить по почте |
|  | направить в электронной форме в личный кабинет на ПГУ ЛО |
|  | информировать устно по телефону |
|  | информировать на личном приеме |

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

(подпись) (фамилия, инициалы заявителя, законного представителя, (дата)

уполномоченного лица (нужное подчеркнуть))

Заполняется специалистом органа социальной защиты населения либо МФЦ:

Специалистом удостоверен факт собственноручной подписи заявителя (уполномоченного лица, законного представителя) в заявлении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись, расшифровка подписи, дата)

Заполняется специалистом органа социальной защиты населения

(в случае подачи заявления и документов через орган социальной защиты населения)

Заявление и документы в количестве \_\_\_\_\_\_ шт. приняты от (*нужное подчеркнуть*):

- заявителя (представителя заявителя)

- МФЦ

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_года и зарегистрированы в журнале регистрации под №\_\_\_\_\_\_\_\_.

Специалист ОСЗН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (фамилия, инициалы)

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Расписка-уведомление о приеме заявления и документов

для предоставления государственной услуги

(заполняется специалистом органа социальной защиты населения

в случае приема заявления и документов от заявителя (уполномоченного лица, законного представителя) органом социальной защиты населения)

Заявление гр.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

и поименованные в заявлении документы в количестве \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_штук принял и зарегистрировал «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_г.

Специалист ОСЗН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (фамилия, инициалы)

телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Заполняется специалистом МФЦ

(в случае подачи заявления и документов через МФЦ)

Заявление и документы в количестве \_\_\_\_\_\_ шт. приняты от заявителя (уполномоченного лица, законного представителя) «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_года и зарегистрированы в журнале регистрации под №\_\_\_\_\_\_\_\_.

Специалист МФЦ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (фамилия, инициалы)

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Расписка-уведомление о приеме заявления и документов

для предоставления государственной услуги

(в случае приема заявления и документов через МФЦ)

Гр.

Представлены следующие документы:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п    п/п | Наименование документа | Подлинник (копия) | Кол-во экземпляров |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |

Заявление гр.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

и приложенные к заявлению документы в количестве \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_штук принял и зарегистрировал «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_г.

Специалист МФЦ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (фамилия, инициалы)

телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* подпись проставляется в присутствии специалиста

Согласие гражданина на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. заявителя (уполномоченного лица, законного представителя) полностью)

«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения,

Документ, удостоверяющий личность (заявителя, уполномоченного лица, законного представителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Серия \_\_\_\_\_\_\_номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата выдачи « »\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес проживания:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Полномочия подтверждены \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование и реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия уполномоченного лица, законного представителя)

В соответствии с пунктом 4 статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие комитету по социальной защите населения Ленинградской области, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( наименование органа социальной защиты, адрес – далее оператор)

□ на обработку моих персональных данных (фамилии, имени, отчества, даты рождения, паспортных данных, адреса места жительства, сведений, содержащихся в представленных документах, фотографии)

□ на обработку персональных данных (фамилии, имени, отчества, даты рождения, паспортных данных, адреса места жительства, сведений, содержащихся в представленных документах, фотографии)

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

(указывается фамилия, имя, отчество лица, интересы которого представляет уполномоченное лицо, законный представитель)

с целью получения государственных услуг в сфере социальной защиты населения, а именно сбор, использование, систематизацию, передачу, накопление, блокирование, хранение, уничтожение (обновление, изменение), распространение, в том числе передачу третьим лицам: федеральным органам исполнительной власти и их территориальным органам, органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации и подведомственным им государственным учреждениям, органам местного самоуправления и подведомственным им муниципальным учреждениям и другим организациям, учреждениям и ведомствам, участвующим в предоставлении государственных и муниципальных услуг, а также осуществление любых иных действий с персональными данными заявителя, предусмотренных действующим законодательством РФ.

Оператор гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством РФ.

Я проинформирован (а), что оператор будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки.

Настоящее согласие действует до даты его отзыва, указанного в личном заявлении, заполненного в произвольной форме, поданного оператору.

Подпись заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

(уполномоченного лица, (подпись) (фамилия, инициалы) (дата)

законного представителя)

Принял \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата приема заявления) (подпись специалиста) (фамилия, инициалы)

Расписка-уведомление

Принято согласие на обработку персональных данных «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.

Принял \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись специалиста) (фамилия, инициалы)