|  |
| --- |
| В Комитет социальной защиты населения  Гатчинского муниципального района  От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (фамилия, имя, отчество)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  проживающего (проживающей) по адресу:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) |

Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу назначить мне ежемесячную денежную компенсацию расходов на автомобильное топливо как \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(указывается категория)*

Прилагаю:

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование документа | Количество  документов |
| копию паспорта гражданина российской Федерации (страницы 2,3 и страницы, содержащие отметки о регистрации) |  |
| согласие гражданина на обработку персональных данных |  |
| копию документов, подтверждающих регистрацию по месту жительства или по месту пребывания |  |
| копию свидетельства о рождении |  |
| копию вкладыша в свидетельство о рождении |  |
| копию справка медико-социальной экспертизы об инвалидности |  |
| копию медицинского документа, подтверждающего назначение врачом процедур гемодиализа и содержащего сведения о месте(медицинской организации) и периоде назначения процедур гемодиализа |  |
| копию страхового полиса обязательного страхования гражданской ответственности владельца транспортного средства *серия* \_\_\_\_*№*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| копию доверенности |  |
| копию решения, заключения и разрешения, выдаваемые органами опеки и попечительства в соответствии с законодательством |  |
| судебное решение |  |
| копия заявления о прекращении выплаты денежной компенсации расходов на бензин, ремонт, техническое обслуживание транспортных средств и запасные части к ним, установленной [постановлением](consultantplus://offline/ref=6B03F9D4DDF37E2E3A94F054209DBFC342E50E97C219DA55122D6AA9486C49AC8D01CF580C36CA2C62SCM) Правительства Ленинградской области от 30 июня 2008 года N 194 "О денежной компенсации расходов на бензин, ремонт, техническое обслуживание транспортных средств и запасные части к ним" |  |
|  |  |

Уведомляю о том, что денежную компенсацию расходов на бензин, ремонт, техническое обслуживание транспортных средств и запасные части к ним, установленной [постановлением](consultantplus://offline/ref=6B03F9D4DDF37E2E3A94F054209DBFC342E50E97C219DA55122D6AA9486C49AC8D01CF580C36CA2C62SCM) Правительства Ленинградской области от 30 июня 2008 года N 194 "О денежной компенсации расходов на бензин, ремонт, техническое обслуживание транспортных средств и запасные части к ним" не получаю\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(подпись)

Подтверждаю, что гр.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ денежную компенсацию расходов на бензин, ремонт, техническое обслуживание транспортных средств и запасные части к ним, установленной [постановлением](consultantplus://offline/ref=6B03F9D4DDF37E2E3A94F054209DBFC342E50E97C219DA55122D6AA9486C49AC8D01CF580C36CA2C62SCM) Правительства Ленинградской области от 30 июня 2008 года N 194 "О денежной компенсации расходов на бензин, ремонт, техническое обслуживание транспортных средств и запасные части к ним" не получает \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(дата, подпись должностного лица/ расшифровка подписи)

Обязуюсь в письменной форме уведомить орган социальной защиты населения по месту жительства о наступлении указанных ниже обстоятельств, влекущих изменение размера денежной компенсации либо прекращения выплаты денежной компенсации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(подпись)

1. перемена места жительства;
2. изменение места получения процедур гемодиализа;
3. изменение номера банковского счета;
4. не осуществление управления транспортным средством.

Уведомлен о том, что возврат средств, переплаченных в качестве мер социальной поддержки, образовавшихся в результате не уведомления о наступлении указанных выше обстоятельств, производится получателем мер социальной поддержки добровольно, либо указанные средства взыскиваются в судебном порядке \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(подпись)

Денежную компенсацию расходов прошу перечислять:

в кредитное учреждение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование кредитного учреждения) (№ отделения Северо-Западного банка Сбербанка России)

на счет № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В случае перечисления на банковскую карту необходимо указать №счета(а не карты).

Мне известно, что указанные ниже сведения будут запрошены органом социальной защиты населения в рамках межведомственного информационного взаимодействиядля предоставления государственной услуги.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| наименование сведений | отметить, если  следует  запросить сведения  (указать  слово «да»  в графе 2) | дополнительные сведения для запроса  (например, дата освидетельствования, др. сведения для запроса) |
| 1 | 2 | 3 |
| сведения о расстоянии от места проживания до места проведения процедуры гемодиализа |  |  |

Предупрежден (а) о том, что при запросе документов (сведений) органом социальной защиты населения в рамках межведомственного информационного взаимодействия, вопрос назначения денежной компенсации будет рассмотрен после получения сведений \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(подпись)

Прошу орган социальной защиты населения либо МФЦ письменно либо устно уведомить о результатах предоставления государственной услуги *(нужное подчеркнуть)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

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

(подпись) (фамилия, инициалы) (дата)

**Заполняется в случае подачи заявления через уполномоченное лицо:**

Сведения об уполномоченном лице:

Фамилия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата рождения \_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Серия |  | Номер |  |
| Дата выдачи |  | Кем выдан |  |

Документ, удостоверяющий полномочия доверенного лица:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Серия |  | Номер |  |
| Дата выдачи |  | Кем выдан |  |

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

(подпись доверенного лица ) (Ф.И.О.)

Специалистом удостоверен факт собственноручной подписи заявителя в заявлении

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

(подпись, расшифровка подписи)

**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) органом социальной защиты населения)

Заявление

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

и поименованные в заявлении документы в количестве \_\_\_\_\_штук принял и зарегистрировал

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

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

(подпись) (фамилия, инициалы)

**Заполняется специалистом МФЦ**

(в случае подачи заявления и документов через МФЦ)

Заявление и документы в количестве \_\_\_\_\_\_ шт. приняты от заявителя (уполномоченного лица)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 | Наименование документа | Подлинник (копия) | Кол-во экземпляров |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
|  |  |  |  |

Заявление Гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

и приложенные к заявлению документы в количестве \_\_\_\_\_\_\_ шт. принял и зарегистрировал

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

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

(подпись) (фамилия, инициалы)

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 КСЗН администрации Гатчинского муниципального района

□ 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)