ЗАЯВЛЕНИЕ

в\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Наименование органа социальной защиты населения, МФЦ)

Заявление о назначении, выплате и доставке ежемесячной денежной выплаты от

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Фамилия, имя, отчество)

Гражданина Российской Федерации, проживающего(ей) в Белгородской области

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

(Полный адрес места жительства, фактического проживания

(нужное подчеркнуть)

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование документа, удостоверяющего личность |  |
| Номер документа |  |
| Кем выдан |  |
| Дата выдачи |  |
| Дата рождения |  |
| Место рождения |  |

Законный представитель недееспособного лица

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Фамилия, имя, отчество)

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

(Полный адрес места жительства, фактического проживания

(нужное подчеркнуть), телефон

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование документа, удостоверяющего личность |  |
| Номер документа |  |
| Кем выдан |  |
| Дата выдачи |  |
| Дата рождения |  |
| Место рождения |  |

Страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица в системе обязательного пенсионного страхования Российской Федерации (СНИЛС)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прошу установить мне (моему подопечному) ежемесячную денежную выплату в соответствии со статьей \_\_\_ Социального кодекса Белгородской области. От получения набора социальных услуг отказываюсь: указать (да) (нет).

Заявляю, что мой общий доход (доход подопечного)

с\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_составляет:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Вид полученного дохода | Сумма дохода (руб.) | Место получения дохода |
| 1. | Доходы, полученные от трудовой деятельности |  |  |
| 2. | Денежное довольствие |  |  |
| 3. | Пенсии |  |  |
| 4. | Полученные алименты |  |  |
| 5. | Пособия |  |  |
| 6. | Иные виды полученных доходов |  |  |
|  | Итого |  |  |

Частным предпринимателем являюсь/не являюсь (нужное подчеркнуть).

Других доходов не имею (кроме указанных в заявлении).

При изменении среднемесячного дохода в сторону увеличения или изменении места жительства обязуюсь сообщить в месячный срок.

Прошу выплачивать установленную мне (моему подопечному) ежемесячную денежную выплату через:

а) организацию федеральной почтовой связи

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

(Наименование организации федеральной почтовой связи)

б) кредитную организацию

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № филиала кредитной организации |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

№ лицевого счета

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Согласен (сна) на обработку указанных мной персональных данных оператором

(Наименование органа социальной защиты населения)

с целью реализации мер социальной поддержки, решения вопросов социального обслуживания.

Перечень действий с персональными данными: ввод в базу данных, смешанная обработка, передача юридическим лицам на основании Соглашений с соблюдением конфиденциальности передаваемых данных и использованием средств криптозащиты.

Срок или условия прекращения обработки персональных данных: ликвидация оператора.

Порядок отзыва согласия на обработку персональных данных: на основании заявления субъекта персональных данных.

О результатах принятого решения прошу сообщить:

- устно Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- письменно Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**-** письменно,

на адрес электронной почты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Дата | Подпись заявителя |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| Данные, указанные в заявлении, соответствуют документу, удостоверяющему личность | Должность, фамилия, имя, отчество, подпись специалиста |
|  |

Расписка-уведомление

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

(Фамилия, имя, отчество)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Регистрационный номер заявления | Принял | |
| Дата приема документов | Должность, фамилия, имя, отчество, подпись специалиста |
|  |  |  |

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

(Линия отреза)

Расписка-уведомление

Заявлениегр.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Фамилия, имя, отчество)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Регистрационный номер заявления | Принял | |
| Дата приема документов | Должность, фамилия, имя, отчество, подпись специалиста |
|  |  |  |

ЗАЯВЛЕНИЕ

в\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Наименование органа социальной защиты населения, МФЦ)

об отказе в получении социальной услуги по проезду на железнодорожном транспорте пригородного сообщения от

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Фамилия, имя, отчество)

Гражданина Российской Федерации, проживающего(ей) в Белгородской области \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Полный адрес места жительства, фактического проживания

(нужное подчеркнуть)

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование документа, удостоверяющего личность |  |
| Номер документа |  |
| Кем выдан |  |
| Дата выдачи |  |
| Дата рождения |  |
| Место рождения |  |

Законный представитель недееспособного лица

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Фамилия, имя, отчество)

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

(Полный адрес места жительства, фактического проживания

(нужное подчеркнуть), телефон

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование документа, удостоверяющего личность |  |
| Номер документа |  |
| Кем выдан |  |
| Дата выдачи |  |
| Дата рождения |  |
| Место рождения |  |

Страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица в системе обязательного пенсионного страхования Российской Федерации (СНИЛС)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

От получения социальной услуги по проезду на железнодорожном транспорте пригородного сообщения отказываюсь.

Согласен (сна) на обработку указанных мной персональных данных оператором

(Наименование органа социальной защиты населения)

с целью реализации мер социальной поддержки, решения вопросов социального обслуживания.

Перечень действий с персональными данными: ввод в базу данных, смешанная обработка, передача юридическим лицам на основании Соглашений с соблюдением конфиденциальности передаваемых данных и использованием средств криптозащиты.

Срок или условия прекращения обработки персональных данных: ликвидация оператора.

Порядок отзыва согласия на обработку персональных данных: на основании заявления субъекта персональных данных.

|  |  |
| --- | --- |
| Дата | Подпись заявителя |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| Данные, указанные в заявлении, соответствуют документу, удостоверяющему личность | Должность, фамилия, имя, отчество, подпись специалиста |
|  |

Расписка-уведомление

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

(Фамилия, имя, отчество)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Регистрационный номер заявления | Принял | |
| Дата приема заявления | Должность, фамилия, имя, отчество, подпись специалиста |
|  |  |  |

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

(Линия отреза)

Расписка-уведомление

Заявлениегр.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Фамилия, имя, отчество)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Регистрационный номер заявления | Принял | |
| Дата приема заявления | Должность, фамилия, имя, отчество, подпись специалиста |
|  |  |  |

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

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

(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)

в соответствии с [п. 4 ст. 9](consultantplus://offline/ref=A68ECDD52C13293FCAE846ED55622C0AC8A39DB69EC25109074ACDA93EABE0BB0BA4EA878BEDE01DF62604305D449C8B081BCAF058D5449Ad6SDO) Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О

персональных данных", зарегистрирован\_\_\_ по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(наименование документа, N,

сведения о дате выдачи документа

и выдавшем его органе)

(Вариант: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество представителя субъекта персональных данных)

зарегистрирован\_\_\_ по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(наименование документа, N,

сведения о дате выдачи документа

и выдавшем его органе)

Доверенность от "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. N \_\_\_ (или реквизиты иного документа,

подтверждающего полномочия представителя))

в целях \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать цель обработки данных)

даю согласие \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(указать наименование или Ф.И.О. оператора, получающего согласие

субъекта персональных данных)

находящемуся по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Вариант: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(указать наименование или Ф.И.О. лица, осуществляющего обработку

персональных данных по поручению оператора, если обработка

будет поручена такому лицу)

находящемуся по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,)

на обработку моих персональных данных, а именно: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(указать перечень персональных данных, на обработку которых

дается согласие субъекта персональных данных)

то есть на совершение действий, предусмотренных [п. 3 ст. 3](consultantplus://offline/ref=A68ECDD52C13293FCAE846ED55622C0AC8A39DB69EC25109074ACDA93EABE0BB0BA4EA878BEDE016FD2604305D449C8B081BCAF058D5449Ad6SDO)

Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных".

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в

письменной форме.

"\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г.

Субъект персональных данных:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О.)