|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Начальнику управления социальной политики | |  |
| ЗАЯВЛЕНИЕ | | |
|  | | |
| (фамилия, имя, отчество лица, имеющего право на предоставление государственной услуги) | | |
| Место жительства или место пребывания |  | |
| (почтовый индекс, район, город, иной населенный пункт, улица, | |
|  | | |
| номер дома, корпуса, квартиры указываются на основании записи в паспорте или документе, подтверждающем | | |
|  | | |
| регистрацию по месту жительства, месту пребывания (если предъявляется не паспорт, а иной документ, удостоверяющий личность), номер телефона) | | |
| Документ, удостоверяющий личность: | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Серия, N |  | Гражданство |  |
| Дата выдачи |  | Дата рождения |  |
| Кем выдан |  | Место рождения |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Страховой номер индивидуального лицевого счета | | | |  |
| Сведения, указанные в заявлении, соответствуют документу, удостоверяющему  личность. | | | | |
| "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись специалиста) | |
| Прошу назначить ежемесячное пособие одному из родителей или законных  представителей, воспитывающему ребенка-инвалида | | | | |
|  | | | | |
| фамилия, имя, отчество ребенка-инвалида, дата рождения, страховой номер индивидуального лицевого счета | | | | |
| Перечисление прошу производить через (по выбору):  организацию почтовой связи | | | | |
|  | | | | |
| (указать N почтового отделения) | | | | |
| кредитную организацию | | | | |
|  | | | | |
| (указать наименование организации и номер счета) | | | | |
| организацию, по доставке осуществляющую деятельность социальных пособий | | | | |
|  | | | | |
| (указать наименование организации) | | | | |
| Перечень представленных документов: | | | | |
|  | 1. |  | | |
| 2. |  | | |
| 3. |  | | |
| 4. |  | | |
| С условиями назначения (возобновления предоставления) ежемесячного пособия одному из родителей или законных представителей, воспитывающему ребенка-инвалида ознакомлен(а); обязуюсь в течение 5 дней в письменной форме сообщить в управление социальной политики о наступлении обстоятельств, влекущих прекращение выплаты данного пособия. | | | | |
| "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись заявителя) | |

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ

Заявление и документы гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Регистрационный номер заявления | Принял (Ф.И.О.) | | |
| Дата приема заявления | Кол-во документов | Подпись специалиста |
|  |  |  |  |

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ

Заявление и документы гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Регистрационный номер заявления | Принял (Ф.И.О.) | | |
| Дата приема заявления | Кол-во документов | Подпись специалиста |
|  |  |  |  |

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

(фамилия, имя, отчество лица, имеющего право на предоставление

государственной услуги

даю согласие:

1. На обработку персональных данных в составе:

фамилия, имя, отчество;

дата рождения;

место рождения;

страховой номер индивидуального лицевого счета;

паспортные данные (серия, номер, дата выдачи, кем выдан, гражданство);

адрес проживания;

номер телефона;

реквизиты банковского счета.

2. На использование персональных данных в целях:

оказания мер социальной поддержки в соответствии с требованиями действующего законодательства;

осуществления и выполнения возложенных законодательством Российской Федерации на территориальный отраслевой исполнительный орган государственной власти Свердловской области - управление социальной политики Министерства социальной политики Свердловской области (далее - Оператор) функций, полномочий и обязанностей.

3. На осуществление действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных в [пункте 2](#P102) целей, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу (предоставление), обезличивание, блокирование, удаление и уничтожение.

Обработка персональных данных может быть поручена в рамках приказов Министерства социальной политики Свердловской области государственному казенному учреждению Свердловской области "Областной информационно-расчетный центр".

Настоящее согласие на обработку персональных данных действует с момента подписания в течение срока, необходимого для достижения целей обработки персональных данных, заявленных в [пункте 2](#P102).

Согласие дано мной добровольно и может быть досрочно отозвано письменным запросом, направленным в адрес Оператора заказным письмом либо личным вручением представителю Оператора.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись заявителя) |