Приложение № 2

Начальнику управления социальной политики **по Железнодорожному району г. Екатеринбурга**

ЗАЯВЛЕНИЕ

 **Иванова Анна Ивановна**

 (фамилия, имя, отчество лица, имеющего право на предоставление государственной услуги)

Место жительства или место пребывания **620027, Свердловская область, Железнодорожный р-н, Екатеринбург г, Неизвестная ул, д.1, кв. 1**

 (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))

Место фактического проживания **620027, Свердловская область, Железнодорожный р-н, Екатеринбург г, Неизвестная ул, д.1, кв. 1**

 (почтовый индекс, район, город, иной населенный пункт, улица, номер дома, корпуса, квартиры)

Документ, удостоверяющий личность:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Серия, № | **00 00 000000** | Гражданство | **РФ** |
| Дата выдачи | **01.01.2001** | Дата рождения | **01.01.1971** |
| Кем выдан | **ОМ Железнодорожного РУВД г. Екатеринбурга** | Место рождения | **г. Екатеринбург** |

Страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования № **000-000-000-21**.

Сведения, указанные в заявлении, соответствуют документу, удостоверяющему личность.

"06" октября 2016 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ А.В. Меньшикова

 (подпись специалиста)

Прошу назначить **ежемесячное пособие одному из родителей или законных представителей, воспитывающему ребенка-инвалида Иванова Дениса Евгеньевича.**

Выплату прошу производить через (по выбору):

– организацию почтовой связи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать № почтового отделения)

– кредитную организацию \_**7003/00000 № 11111111111111111111**

 (указать наименование организации и номер счета)

– иную организацию \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Перечень представленных документов:

 1. свидетельство о рождении\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 2. справка с места жительства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 3. справка МСЭ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 5. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 6. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 7. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

С условиями назначения (возобновления выплаты) ежемесячного пособия одному из родителей или законных представителей, воспитывающему ребенка-инвалида, ознакомлен(а); обязуюсь в течение пяти дней известить управление социальной политики о наступлении обстоятельств, влекущих прекращение выплаты пособия.

**"06" октября 2016 г.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Иванова А.И**.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись заявителя)

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ

Заявление и документы гр. **Ивановой А.И.**

|  |  |
| --- | --- |
| Регистрационный номер заявления | Принял (Ф.И.О.) Меньшикова А.В. |
| Дата приема заявления | Кол-во документов | Подпись специалиста |
| **1/75** | **06.10.2016** | **2** | Меньшикова А.В. |

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ

Заявление и документы гр. **Ивановой А.И**.

|  |  |
| --- | --- |
| Регистрационный номер заявления | Принял (Ф.И.О.) Меньшикова А.В. |
| Дата приема заявления | Кол-во документов | Подпись специалиста |
| **1/75** | **06.10.2016** | **2** | Меньшикова А.В. |

Я, **Иванова Анна Ивановна**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество лица, имеющего право на предоставление государственной услуги)

даю согласие:

1. на обработку моих персональных данных в составе:

– фамилия, имя, отчество;

– дата рождения;

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

– адрес проживания;

– номер телефона;

– информация о назначенных и выплаченных суммах пособий (компенсаций);

– реквизиты банковского счета;

1. на использование персональных данных в целях:

–оказания мер социальной поддержки в соответствии с требованиями действующего законодательства;

– осуществления и выполнения возложенных законодательством Российской Федерации на Оператора функций, полномочий и обязанностей;

1. на обработку персональных данных с использованием средств автоматизации и осуществление действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных в пункте 2 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.

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

**"06" октября 2016 г.**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Иванова А.И.**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись заявителя)