|  |  |
| --- | --- |
| Начальнику управления социальной политики |  |
|  |
| ЗАЯВЛЕНИЕ |
|  |
|  |
| (фамилия, имя, отчество лица, имеющего право на предоставление государственной услуги) |
| Место жительства |  |
| (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 (если предъявляется не паспорт, а иной документ, удостоверяющий личность)) |
| 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 предоставить ежегодную компенсацию эксплуатационных расходов за бензин, ремонт и техническое обслуживание транспортных средств |
| Выплату прошу производить через (по выбору): |
| организацию почтовой связи |  |
|  | (указать N почтового отделения) |
| кредитную организацию |  |
|  |  | (указать наименование организации и номер счета) |
| иную организацию |  |
| Перечень представленных документов: |
|  | 1. |  |
|  | 2. |  |
|  | 3. |  |
| Обязуюсь в месячный срок уведомить управление социальной политики об утрате права на предоставление единовременной денежной выплаты |
| "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 документа, дающего право на предоставление мер социальной поддержки;

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 обработку персональных данных с использованием средств автоматизации и осуществление действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных в [пункте 2](#Par108) 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](#Par108).

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) |