Начальнику Управления социальной политики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Иванов Иван Иванович*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество заявителя)

Место жительства *620014, г. Екатеринбург, Ленинский район, ул. Шейнкмана, д. 22, кв. 7* \_

 (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: \_\_*паспорт*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Серия, №  | *65 07 № 116450* | Гражданство | *РФ* |
| Дата выдачи | *25.05.2007* | Дата рождения  | *21.10.1988* |
| Кем выдан | *ОУФМС России по Свердловской области в г. Богдановиче* | Место рождения | *г. Екатеринбург* |
|  |  |

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

*«30» сентября 2018 г. (подпись* *специалиста) К.К. Киреев*

*Прошу предоставить компенсацию расходов, связанных с приобретением протезов (кроме зубных, глазных протезов), протезно-ортопедических изделий, в размере, установленном пунктом 3-1 статьи 18 Закона Свердловской области от 21 ноября 2012 года № 91‑ОЗ «Об охране здоровья граждан в Свердловской области». С порядком предоставления компенсации ознакомлен(а).*

Выплату компенсации прошу производить через (по выбору):

организацию федеральной почтовой связи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать номер почтового отделения)

кредитную организацию \_*Сбербанк 7003/00652, № счёта: 40817810816545217162*\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать наименование организации и номер счета)

организацию, осуществляющую деятельность по доставке социальных пособий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(указать наименование организации)

Перечень представленных документов:

1. медицинское заключение
2. товарный чек
3. кассовый чек
4. справка о заработной плате
5. согласие совершеннолетних членов семьи на обработку персональных данных

*«30» сентября 2018 г. (подпись заявителя) И.И. Иванов*

**----------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**Расписка-уведомление**

Заявление и документы гр.\_\_\_ *Иванова И.И.*\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Регистрационный номер заявления | **Принял: (ФИО) *Киреев К.К.*** |
| Дата приема заявления | Кол-во документов | Подпись специалиста |
| ***4/295*** | ***30.09.2018*** | ***5*** | ***Киреев К.К.*** |
|  |  |

**Расписка-уведомление**

Заявление и документы гр.\_\_\_ *Иванова И.И.*\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Регистрационный номер заявления | **Принял: (ФИО) *Киреев К.К.*** |
| Дата приема заявления | Кол-во документов | Подпись специалиста |
| ***4/295*** | ***30.09.2018*** | ***5*** | ***Киреев К.К.*** |
|  |  |

Я, *Иванов Иван Иванович*, даю согласие:

1) на обработку моих персональных данных в составе:

фамилия, имя, отчество; дата рождения; паспортные данные (серия, номер, дата выдачи, кем выдан); адрес места жительства; номер телефона; сведения о семейном положении; сведения о доходах; информация о назначенных и выплаченных суммах пособий (компенсаций); реквизиты банковского счета;

2) на использование персональных данных в целях: оказания мер социальной поддержки в соответствии с требованиями действующего законодательства, осуществления и выполнения функций, полномочий и обязанностей, возложенных законодательством Российской Федерации на Оператора;

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

*«30» сентября 2018 г. (подпись заявителя) И.И. Иванов*