В Департамент здравоохранения, труда и социальной защиты населения Ненецкого автономного округа

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество заявителя)

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

проживающий по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление

о предоставлении субсидий на оплату

жилого помещения и коммунальных услуг

В соответствии со статьей 159 «Жилищного кодекса Российской Федерации» прошу предоставить субсидию на оплату жилого помещения и коммунальных услуг:

(далее указывается информация о лице, которому необходимо предоставить субсидию на оплату жилого помещения и коммунальных услуг)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) |  |  |
|  | Гражданство |  |  |
|  | Дата рождения |  |  |
|  | Место рождения |  |  |
|  | Адрес места жительства |  |  |
|  | Серия, номер, дата и место выдачи документа, удостоверяющего личность |  |  |
|  | СНИЛС |  |  |
|  | Сведения о документах, подтверждающих правовые основания владения и пользования жилым помещениям  (вид, дата и номер документа) |  |  |
| 1. \* | **Информация о лицах, зарегистрированных совместно с получателем субсидии по месту его постоянного жительства и супруг (а) по другим адресам:** | |  | | 1. \* |
| 9.1. | Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) |  | 9.1. |
| Гражданство |  |  |
| Дата рождения |  |  |
| Место рождения |  |  |
| Адрес места жительства |  |  |
| Серия, номер, дата и место выдачи документа, удостоверяющего личность |  |  |
| СНИЛС |  |  |
| 9.2. | Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) |  | 9.2. |
| Гражданство |  |  |
| Дата рождения |  |  |
| Место рождения |  |  |
| Адрес места жительства |  |  |
| Серия, номер, дата и место выдачи документа, удостоверяющего личность |  |  |
| СНИЛС |  |  |
| 9.3. | Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) |  | 9.3. |
| Гражданство |  |  |
| Дата рождения |  |  |
| Место рождения |  |  |
| Адрес места жительства |  |  |
| Серия, номер, дата и место выдачи документа, удостоверяющего личность |  |  |
| СНИЛС |  |  |
| 9.4. | Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) |  | 9.4. |
| Гражданство |  |  |
| Дата рождения |  |  |
| Место рождения |  |  |
| Адрес места жительства |  |  |
| Серия, номер, дата и место выдачи документа, удостоверяющего личность |  |  |
| СНИЛС |  |  |

\* Количество строк должно соответствовать количеству лиц, в отношении которых подается заявление, и зарегистрированных совместно с получателем субсидии по месту его постоянного жительства.

Денежные средства прошу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать: перечислить на лицевой счет в кредитном учреждении или осуществить доставку почтовым переводом через организацию федеральной почтовой связи)

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

К заявлению прилагаю:

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись заявителя) (расшифровка подписи)

Примечание.

Выражаю свое согласие (далее – согласие) на обработку своих персональных данных (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, использование, распространение (передачу определенному кругу лиц), блокирование, уничтожение) как с использованием средств автоматизации, так и без использования таких средств в целях предоставления выплат и с целью статистических исследований.

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие, включает в себя любую информацию, представляемую в заявлении и других представляемых в уполномоченный орган документах в указанных выше целях. Согласие действует в течение всего срока предоставления выплат, а также в течение трех лет с даты прекращения обязательств сторон.

Заявитель может отозвать настоящее согласие путем направления письменного заявления в уполномоченный орган, в этом случае уполномоченный орган прекращает обработку персональных данных, а персональные данные подлежат уничтожению не позднее чем через 3 года с даты прекращения обязательств сторон. Заявитель соглашается с тем, что указанные выше персональные данные являются необходимыми для заявленной цели обработки. **Обязуюсь своевременно уведомлять в письменной форме государственное казенное учреждение Ненецкого автономного округа «Отделение социальной защиты населения» о выезде на постоянное место жительства за пределы Ненецкого автономного округа, изменении текущего счета в кредитной организации.**

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись заявителя)