#  Департамент здравоохранения,

труда и социальной защиты населения

 Ненецкого автономного округа

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

(фамилия, имя, отчество (при наличии) получателя)

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

паспорт, серия, номер

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

кем и когда выдан

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

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

адрес регистрации

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

телефон

Заявление

о предоставлении путевок

в санаторно-курортную организацию

 В соответствии с пунктами 6, 6.1 статьи 9 закона Ненецкого автономного округа от 26.02.2007 № 21-оз «О поддержке семьи, материнства, отцовства и детства в Ненецком автономном округе» прошу предоставить путевки мне\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии)

и моему ребенку (моим детям): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии)

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

в санаторно-курортную организацию (СКО) по профилю заболевания ребенка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать код заболевания ребенка по МКБ 10)

с заездом в СКО в период: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать предполагаемую декаду и месяц заезда)

категория заявителей \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (многодетная семья; семья, воспитывающая ребенка-инвалида, другая)

К заявлению прилагаю документы:

1. Копия паспорта.

2. Копия свидетельства о рождении.

3. Справка о составе семьи.

4. Справки о доходах.

5. Справка о группе здоровья, справка формы 070-У.

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. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_