В Департамент здравоохранения, труда

и социальной защиты населения

Ненецкого автономного округа

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

(фамилия, имя, отчество)

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

(место жительства (пребывания))

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

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

(телефон)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставление государственной социальной помощи

Прошу предоставить мне государственную социальную помощь в виде денежной выплаты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;( да/нет)

в виде натуральной помощи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

на основании социального контракта: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;( да/нет)

Заявляю, что моя семья состоит из \_\_\_\_ человек, общая сумма доходов моей семьи за период с «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. по «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( сумма цифрами и прописью)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Вид полученного дохода | Сумма дохода за три месяца, предшествовавших обращению  (в руб.коп.) | | Место получения дохода с указанием работодателя (юридического или физического лица) |
| 1. Доходы, полученные от трудовой деятельности, службы. | мать |  |  |
| отец |  |  |
| 2.Доходы от предпринимательской деятельности | мать |  |  |
| отец |
| 3.Выплаты социального характера (пенсии, пособия, компенсации, стипендии, доплаты |  |  |  |
| 4.Алименты |  |  |  |
| 5.Иные виды полученных доходов |  |  |  |
| ИТОГО |  |  |  |

Прошу исключить из общей суммы дохода моей семьи выплаченные алименты в сумме \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ копеек, удерживаемые\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(основание для удержания алиментов, Ф.И.О..лица,

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

В пользу которого производятся удержание) <1>

Доходы от имущества, принадлежащего мне на праве собственности, за период с «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_\_\_ г. по «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

составляют\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(размер указать цифрами и прописью)

Заявляю, что мне и моей семье на праве собственности принадлежит следующее имущество:

1) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3)……….

Других доходов семья не имеет. Подтверждаю согласие на проверку указанных сведений о доходах семьи.

Заявляю, что я (и, или) члены моей семьи (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ )

( указать фамилию, имя, отчество членов семьи)

(не) являюсь(ются) получателем(ями) государственной социальной помощи в виде предоставления государственных социальных услуг в соответствии с главой 2Федерального закона от 17 июля 1999 года №178-ФЗ «О государственной социальной помощи».

Прошу перечислить государственную социальную помощь <2> \_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

( номер счета и отделения кредитной организации или обособленного)

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

(структурного) подразделения организаций почтовой связи)

В случае изменения сведений, указанных в настоящем заявлении, обязуюсь сообщить об этом в государственное учреждения, осуществляющее представление государственной социальной помощи, в течение 14 календарных дней со дня их наступления и предоставить документы, подтверждающие указанные изменения.

За достоверность предоставленных сведений несу полную персональную ответственность.

К заявлению прилагаются (нужное подчеркнуть):

1) копия(и) свидетельства о рождении детей;

2) Копия свидетельства о заключении брака;

3) судебное решение о признании членом семьи;

4) справка о регистрации по месту жительства (пребывания) членов семьи, выданная органом, осуществляющим регистрацию по месту жительства (пребывания);

5) документ, выданный

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

( наименование уполномоченного органа, выдавшего документ)

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

подтверждающий трудную жизненную ситуацию, повлекшую за собой материальные потери)

6) согласие всех совершеннолетних членов семьи на оказание государственной социальной помощи на основание социального контракта (предоставляется гражданами из числа членов малоимущей семьи)

Я подтверждаю свое согласие на обработку государственным казенным учреждение Ненецкого автономного округа «Отделение социальной защиты населения», расположенного по адресу: г.Нарьян-Мар, ул.Сапрыгина д.9Б, (далее - оператор) моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату и место рождения, адрес, контактный телефон, семейное, социальное, имущественное положение, образование, профессию, доходы, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), паспортные данные, данные документов, подтверждающих право на предоставление государственной социальной помощи, данные документов, подтверждающих сведения, номер лицевого счета в кредитной организации, и персональных данных моих несовершеннолетних детей, включающих фамилию,

имя, отчество, пол, дату и место рождения, адрес, страховой номер индивидуального лицевого счета в пенсионном фонде России (СНИЛС), паспортные данные, данные свидетельства о рождении ребенка (детей), данные документов, подтверждающих право на предоставление государственной социальной помощи, и другую информацию, указанную в заявлении и документах, предоставляемых мной оператору в отношении себя и членов моей семьи, в целях предоставления государственной социальной помощи (далее - согласие).

Предоставляю оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, использование, передачу кругу лиц, которые определенысоглашениями и нормативно – правовыми актами, принятыми в целях предоставления государственной социальной помощи, обезличивание, блокирование, уничтожение моих персональных данных, в том числе с применением средств автоматизированной обработки.

Настоящее согласие действует бессрочно.

Мне разъяснены право отозвать согласие путем направления письменного заявления оператору и последствия отзыва согласия, а именно: оператор блокирует персональные данные заявителя (прекращает их сбор, систематизацию, накопления, использования, распространение, в том числе передачу), прекращает предоставление заявителюгосударственной социальной помощи месяца, следующего за месяцем, в котором заявитель отозвал согласие, а персональные данные заявителя подлежат уничтожению по истечению трех лет со дня отзыва согласия.

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

(подпись заявителя) (расшифровка подписи заявителя)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_\_г.

Заполняется ответственным специалистом органа социальной защиты населения

Среднедушевой доход семьи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

( фамилия, имя, отчество)

в месяц на человека составил за период с «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_\_ г. по

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_рублей \_\_\_\_\_ копеек.

Величина среднедушевого дохода населения на территории Ненецкого автономного округа на дачу подачи заявления составляет **20 453** рублей **00** копеек.

Сведения верны:

Специалист \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)

« \_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г.

Вх. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

--

---------------------------------------------------------------------------------------------------------

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ

Заявление и документы гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

принял специалист \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Регистрационный № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_\_\_ г.

------------------------

<1> Заполняется в случае, если осуществляться удержание по алиментам.

<2> Заполняется в случае, если гражданин указал в заявлении сведения о предоставлении государственной социальной помощи на основании социального контракта.