Департамент здравоохранения,

труда и социальной защиты населения

Ненецкого автономного округа

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

 (фамилия, имя, отчество заявителя)

 домашний адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (кем и когда выдан)

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

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ЕЖЕМЕСЯЧНОЙ КОМПЕНСАЦИОННОЙ

 СОЦИАЛЬНОЙ ВЫПЛАТЫ

 В соответствии со статьей 9.2 закона Ненецкого автономного округа

от 26.02.2007 N 21-ОЗ "О поддержке семьи, материнства, отцовства и детства

в Ненецком автономном округе" прошу предоставить ежемесячную

компенсационную социальную выплату мне

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

 (Ф.И.О.)

в сумме \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей. Ежемесячную компенсационную социальную

выплату прошу

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

 (перечислить на лицевой счет в кредитном учреждении или осуществить

 доставку почтовым переводом через организацию федеральной почтовой связи)

на детей:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 К заявлению прилагаю:

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

 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 ежемесячных

компенсационных социальных 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.

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись заявителя) (расшифровка подписи)