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](consultantplus://offline/ref=BF0FDC70C34B9F1579F76CE4C473A9072977B1E32B7A11782E517C5AFCAAC1B02AE036DB71A2952377509C5B2CG) 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)