В 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 мер социальной поддержки

 Прошу предоставить мне меры социальной поддержки в виде:

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

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

 (указать меры социальной поддержки в соответствии с Порядком

предоставления мер социальной поддержки по оплате жилого помещения и

коммунальных услуг в денежной форме отдельным категориям граждан)

 Денежные средства прошу

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

 (перечислить на счет в кредитной организации или осуществить доставку

почтовым переводом через организацию федеральной почтовой связи)

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

 (указать номер счета и наименование кредитной организации или

наименование организации федеральной почтовой связи)

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

 К заявлению прилагаю:

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

 "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись заявителя) (расшифровка подписи)

 Примечание:

 Выражаю свое согласие (далее - согласие) на обработку моих 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 мер социальной

поддержки 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 реквизитов счета в кредитной

организации.

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись заявителя) (расшифровка подписи)