В государственное казенное учреждение

Владимирской области «Отдел социальной защиты

населения по Кольчугинскому району»

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. заявителя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(число, месяц, год) рождения

проживающего(-ей) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(почтовый индекс, район (город), улица,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

дом, корпус, квартира)

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

(сведения о документе, удостоверяющем

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

личность (наименование, номер, кем и

когда выдан, код подразделения)

номер СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

номер контактного телефона: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

адрес эл. почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Заявление

о предоставлении единовременной денежной выплаты

на новорожденного ребенка

(взамен предоставления «Подарка новорожденному»)

Прошу назначить единовременную денежную выплату на новорожденного ребенка (детей):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка [<\*>](#Par74) | Число, месяц и год рождения  ребенка | СНИЛС ребенка | Реквизиты актовой записи о рождении (номер, дата и наименование органа, составившего запись), номер свидетельства о рождении ребенка | Наименование медицинской организации государственной системы здравоохранения Владимирской области, в которой родился ребенок |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Сообщаю, что я и члены моей семьи на вышеуказанного(-ых) ребенка (детей) не получали подарочный набор принадлежностей для ухода за новорожденным ребенком «Подарок новорожденному».

Прошу единовременную денежную выплату перечислить на лицевой счет:

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

(реквизиты счета, открытого заявителем в кредитной организации)

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

<\*> Сведения заполняются на каждого новорожденного ребенка.

В соответствии с настоящим заявлением я:

Согласен(на) на обработку моих персональных данных, в том числе сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, имеющихся в распоряжении Министерства социальной защиты населения Владимирской области и государственного казенного учреждения социальной защиты населения Владимирской области, с целью предоставления мне мер социальной поддержки в соответствии с действующим законодательством.

Перечень персональных данных для обработки и передачи:

- фамилия, имя, отчество;

- дата рождения;

- данные документа, удостоверяющего личность;

- данные документа, удостоверяющего право на льготы;

- страховой номер индивидуального лицевого счета;

- адрес места жительства (места пребывания);

- дата назначения социальных выплат;

- срок, на который установлены социальные выплаты;

- размер установленных социальных выплат.

Согласие на обработку и передачу персональных данных действует в течение всего периода получения мер социальной поддержки либо до моего письменного отзыва данного согласия.

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись заявителя)

Расписка-уведомление

Заявление и документы гр.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Регистрационный номер заявления | Принял | |
| Дата приема заявления | Подпись специалиста |
|  |  |  |

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

(линия отреза)

Расписка-уведомление

Заявление и документы гр.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Регистрационный номер заявления | Принял | |
| Дата приема заявления | Подпись специалиста |
|  |  |  |