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 рожденияребенка | 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 |
|  |  |  |