

В _____
 (наименование учреждения социальной

 защиты населения)
 от _____
 _____,
 прожив. по адресу: _____
 _____,
 телефон _____,
 паспорт (серия) _____ N _____,

 (когда, кем выдан)

Заявление
 о назначении ежемесячной денежной компенсации
 при возникновении поствакцинального осложнения

Прошу назначить мне (моему ребенку) ежемесячную денежную компенсацию при возникновении поствакцинального осложнения.

Для назначения денежной выплаты представляю следующие документы:

Наименование документа	Форма представления (лично или по запросу ОСЗН)	Наименование документа	Форма представления (лично или по запросу ОСЗН)
Заключение об установлении факта поствакцинального осложнения		Свидетельство о рождении	
Справка об инвалидности			

Прошу выплачивать установленную мне денежную выплату через:

- а) организацию Федеральной почтовой связи по адресу: _____;
 б) Сбербанк России, филиал N _____, отделение _____;
 на расчетный счет _____.

При наступлении обстоятельств (смена места жительства, истечение срока действия медицинского заключения и др.), влияющих на получение ежемесячной денежной выплаты, обязуюсь в течение 10 дней сообщить в отдел социальной защиты населения и представить необходимые документы.

Достоверность представленных сведений подтверждаю:

"__" _____ 20__ г. _____
 (подпись)

Регистрационный N заявления	Дата приема заявления	Подпись специалиста

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ

Заявление и документы _____
(Ф.И.О. заявителя)

Количество документов _____, регистрационный номер _____

Принял " _____ " _____ 20____ г. _____
(подпись)

Дата вручения расписки-уведомления _____

Заявление-согласие

Я, _____,
паспорт серии _____, номер _____, выданный _____
" ____ " _____ года, в соответствии с Федеральным законом от
27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" даю согласие на обработку моих
персональных данных оператору - _____,
(наименование учреждения)

расположенному по адресу: _____

Цель обработки персональных данных:

предоставление мер социальной поддержки в соответствии с законодательством
РФ и Брянской области.

Персональные данные: фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, адрес
места жительства, паспортные данные, телефон, реквизиты банковского счета,
сведения о праве на социальные льготы _____

Перечень действий: оператор вправе осуществлять все действия (операции)
с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию,
накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение,
использование, передачу (распространение, предоставление, доступ),
обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Оператор вправе обрабатывать персональные данные любым способом с
использованием средств автоматизации, а также без таковых.

Также я подтверждаю свое согласие на передачу моих персональных данных,
указанных выше:

должностным лицам территориальных отделений ПФР, кредитных учреждений,
отделения ФГУП "Почта России", перевозчикам в целях назначения и доставки
назначенных мне мер социальной поддержки.

Я утверждаю, что мне разъяснены цели обработки моих персональных данных
и ознакомлен с моими правами и обязанностями в области защиты персональных
данных.

Все перечисленные выше персональные данные предоставлены мною оператору
лично.

Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует на срок
хранения моего личного дела.

Порядок отзыва согласия: заявление может быть отозвано мною на
основании моего письменного заявления или заявления моих законных
представителей.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего
согласия на обработку персональных данных оператор обязан прекратить их
обработку.

" ____ " _____ 20 ____ г.

(подпись)