

Руководителю государственного казенного
учреждения Архангельской области
«Отделение социальной защиты населения

_____»
от _____

(фамилия, имя, отчество)

адрес места жительства (места пребывания)
на территории Архангельской области): _____

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня,
проспект, улица, дом, корпус, квартира)

документ, удостоверяющий личность

(наименование)

(серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

номер контактного телефона

ЗАЯВЛЕНИЕ

о назначении ежемесячного пособия по уходу за ребенком-инвалидом

Прошу в соответствии со статьей 25.4 областного закона от 5 декабря 2016 года N 496-30-ОЗ "О социальной поддержке семей, воспитывающих детей, в Архангельской области" (далее - областной закон) назначить ежемесячное пособие по уходу за ребенком-инвалидом.

Заявляю, что я _____
(фамилия, имя, отчество)

являюсь неработающим родителем (усыновителем, опекуном, попечителем),
воспитывающим ребенка-инвалида _____

(фамилия, имя, отчество (последнее при наличии), дата рождения ребенка-инвалида)

Прошу перечислять ежемесячное пособие _____

(сведения о реквизитах организации почтовой связи или о реквизитах счета,
открытого в кредитной организации)

Заявляю, что моя семья состоит из ____ человек, доходы моей семьи за
период с " __ " _____ г. по " __ " _____ г. составляют:

Вид полученного дохода	Сумма дохода за три календарных месяца, предшествовавших обращению (руб., коп.)	Место получения дохода

При принятии решения о ходе рассмотрения вопроса о назначении и выплате ежемесячного пособия по уходу за ребенком-инвалидом в соответствии с областным законом прошу направлять мне уведомления (извещения):

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

 ;

иными способами _____;

Я подтверждаю, что по указанному мной в настоящем заявлении номеру мобильного телефона отсутствует блокировка на входящие СМС-сообщения с коротких номеров и буквенных адресатов _____.

(подпись)

С момента поступления на указанный мной в настоящем заявлении номер Мобильного телефона соответствующего СМС-сообщения я считаюсь уведомленным (извещенным) _____.

(подпись)

В случае изменения сведений, указанных в настоящем заявлении, а также в случаях переезда на новое место жительства (место пребывания) несовершеннолетнего ребенка за пределы территории Архангельской области или перемены его места жительства (места пребывания) в случае переезда из одного муниципального образования Архангельской области в другое муниципальное образование Архангельской области, в котором находится иное государственное казенное учреждение Архангельской области – отделение социальной защиты населения (далее – государственное учреждение), обязуюсь сообщить об этом в государственное учреждение, осуществляющее предоставление мер ежемесячной денежной выплаты на приобретение твердого топлива, не позднее 14 рабочих дней со дня наступления перечисленных обстоятельств.

За достоверность представленных сведений несу полную персональную ответственность.

Настоящим _____,
(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии))

даю согласие государственному казенному учреждению Архангельской области «Отделение социальной защиты _____»,
расположенному по адресу: _____

_____,
на обработку персональных данных, персональных данных моего ребенка

в соответствии с Федеральными законами от 27 июля 2006 года № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» и от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях назначения и выплаты ежемесячной денежной выплаты на приобретение твердого топлива в соответствии с областным законом _____.

(согласен/не согласен)

Настоящее согласие дается на период до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную

информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован, что могу отозвать указанное согласие путем представления государственному учреждению заявления в простой письменной форме об отзыве данного в настоящем заявлении согласия на обработку персональных данных.

Мне известны последствия отзыва данного мною в настоящем заявлении согласия на обработку персональных данных, а именно: государственное учреждение блокирует мои персональные данные (прекращает их сбор, систематизацию, накопление, использование, в том числе передачу).

Настоящее согласие действует со дня его подписания.

_____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

« ____ » _____ г.
(дата)

_____ Заполняется специалистом государственного казенного учреждения
Архангельской области – отделения социальной защиты населения

Заявление принял специалист _____ (подпись специалиста) _____ (расшифровка подписи)

Регистрационный № _____ « ____ » _____ 20 ____ г.