

Руководителю _____

(наименование государственного учреждения
социальной защиты населения Архангельской области)

от _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

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

номер контактного телефона _____,
(при наличии)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о возобновлении выплаты ежемесячной доплаты к пенсии

Прошу возобновить выплату ежемесячной доплаты к пенсии, предусмотренную областным законом от 29 ноября 2005 года N 119-7-03 "О социальной поддержке инвалидов в Архангельской области" (далее - областной закон N 119-7-03) и сообщаю следующие сведения (заполнить нужное):

1) о реквизитах организации почтовой связи или о реквизитах счета, открытого в кредитной организации _____

_____ ;

2) об изменении фамилии, имени, отчества (при наличии) _____

_____ .

Сообщаю, что пенсия по старости мне _____ .
(назначена/не назначена)

Я, _____ ,

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

действующий (ая) за себя, от имени детей, законным представителем которых являюсь (при наличии на иждивении детей), _____

(согласен/не согласен)

на обработку персональных данных, указанных в настоящем заявлении и в прилагаемых к нему документах государственным казенным учреждением Архангельской области " _____ "

(далее - оператор), расположенным по адресу: _____

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

в соответствии с федеральными законами от 27 июля 2006 года N 149-ФЗ "Об информации, информационных технологиях и о защите информации" и от 27 июля 2006 года N 152-ФЗ "О персональных данных", в целях назначения и выплаты ежемесячной доплаты к пенсии, предусмотренной областным законом N 119-7-03.

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(а), что могу отозвать указанное согласие путем представления оператору 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: оператор блокирует персональные данные заявителя (прекращает их сбор, систематизацию, накопление, использование, в том числе передачу).

Настоящее согласие действует со дня его подписания.

Приложение: 1.
2.
3....

"__" _____ г. _____
(число, месяц, год) (подпись) (расшифровка подписи)

Заполняется в случае подачи заявления законным
представителем или доверенным лицом

(фамилия, имя, отчество (при наличии) законного
представителя или доверенного лица)
адрес места жительства: _____

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок,
деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)
документ, удостоверяющий личность _____
(наименование)

(серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

"__" _____ г. _____
(число, месяц, год) (подпись) (расшифровка подписи)

Заполняется специалистом государственного учреждения
социальной защиты населения Архангельской области

Заявление принял специалист _____
(подпись) (расшифровка подписи)

Регистрационный N _____ " __ " _____ 20__ г.

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ
(выдается заявителю)

Заявление и документы гр. _____
принял специалист _____
Регистрационный N _____ " __ " _____ 20__ г.

"__" _____ г. _____
(число, месяц, год) (подпись) (расшифровка подписи)