

**ПРИЛОЖЕНИЕ № 3**  
**к Порядку предоставления**  
**мер социальной поддержки**  
**многодетным семьям**

Руководителю государственного казенного учреждения  
Архангельской области «Архангельский областной центр  
социальной защиты населения»

от \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_ статус лица: мать, отец, приемный родитель  
(нужное подчеркнуть)

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 \_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

о выплате регионального материнского (семейного) капитала

Прошу назначить и выплатить мне региональный материнский (семейный) капитал в связи с рождением (усыновлением, принятием на воспитание в приемную семью) третьего ребенка или последующих детей:

Очередность рождения (усыновления, принятия на воспитание в приемную семью) ребенка	Фамилия, имя, отчество ребенка	Дата рождения ребенка

Сообщаю, что правом на получение регионального материнского (семейного) капитала ранее не пользовалась (не пользовался).

Прошу перечислить денежные средства \_\_\_\_\_

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

При принятии решения о назначении и выплате регионального материнского (семейного) капитала, либо об отказе в назначении регионального материнского (семейного) капитала прошу направлять мне уведомления в письменной форме.

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество – при наличии, родителя (приемного родителя))

действующий (ая) за себя, от имени ребенка (детей), законным представителем которого (которых) являюсь, на обработку персональных данных, указанных в настоящем заявлении и в прилагаемых к нему документах, (заполнить нужно):

государственным казенным учреждением Архангельской области «Отделение социальной защиты населения \_\_\_\_\_» (далее – оператор), расположенным по адресу: \_\_\_\_\_

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

государственным автономным учреждением Архангельской области «Архангельский региональный многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг» (далее – оператор), расположенным по адресу: \_\_\_\_\_

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

о себе и ребенку, законным представителем которого являюсь, 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 предоставления мер социальной поддержки, предусмотренных 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(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.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г. \_\_\_\_\_  
(дата) (подпись) (расшифровка подписи)

Примечание. Согласие на обработку персональных данных государственным автономным учреждением Архангельской области «Архангельский региональный

многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг» заполняется, если заявитель обращается с настоящим заявлением и прилагаемыми к нему документами для назначения социальных пособий на ребенка через данное учреждение.

---

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

Заявление принял специалист \_\_\_\_\_

(подпись специалиста)

\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

Регистрационный № \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

---

**РАСПИСКА – УВЕДОМЛЕНИЕ**  
(выдается заявителю)

Заявление и документы гр. \_\_\_\_\_  
принял специалист \_\_\_\_\_

Регистрационный № \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

---