В государственное

казенное учреждение Ненецкого автономного округа «Отделение социальной защиты населения»

от

(фамилия, имя, отчество заявителя)

документ, удостоверяющий личность

(вид документа)

дата выдачи

СНИЛС

домашний адрес:

телефон

**Заявление**

**о предоставлении мер социальной поддержки**

В соответствии пунктом 3 части 1 статьи 8 от 26.02.2007 № 21-оз «О поддержке семьи, материнства, отцовства и детства в Ненецком автономном округе» прошу:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ⌧ Выдать социальную карту: | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| (фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) законного представителя ребенка) | | | | | | | | | |
| документ, удостоверяющий личность | | | | |  | | | | |
|  | | | | | (вид документа) | | | | |
| серия |  | | номер |  | | дата выдачи | |  | |
| кем выдан | |  | | | | | | | |
| зарегистрирован(а) по месту жительства (пребывания) | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | |
| СНИЛС (при наличии)  ⌧ Предоставить меру социальной поддержки  ⌧ Получение полноценного питания (специализированных продуктов) ребенку (детям) в возрасте до трех лет: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ф.И.О. ребенка | Степень родства по отношению к лицу, на имя которого планируется выдать социальную карту | Дата рождения ребенка | Место жительства ребенка | СНИЛС |
|  |  |  |  |  |

К заявлению прилагаю1:

1. Паспорт гражданина Российской Федерации

2. Рецепт медицинской организации

3. Документ, подтверждающий факт постоянного проживания Заявителя на территории Ненецкого автономного округа

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

Примечание.

Выражаю свое согласие (далее - согласие) на обработку своих персональных данных (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, использование, распространение (передачу определенному кругу лиц), блокирование, уничтожение) как с использованием средств автоматизации, так и без использования таких средств в целях предоставления выплат и статистических исследований. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие, включает в себя любую информацию, представляемую в заявлении и других представляемых в уполномоченный орган документах в указанных выше целях. Согласие действует в течение всего срока предоставления меры социальной поддержки, а также в течение трех лет с даты прекращения обязательств сторон. Заявитель может отозвать настоящее согласие путем направления письменного заявления в уполномоченный орган, в этом случае уполномоченный орган прекращает обработку персональных данных, а персональные данные подлежат уничтожению не позднее чем через 3 года с даты прекращения обязательств сторон. Заявитель соглашается с тем, что указанные выше персональные данные являются необходимыми для заявленной цели обработки.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)