Начальнику обособленного подразделения

"Отделение социальной защиты населения

по Красноборскому району»

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

адрес места жительства:

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

(индекс,область,район,город,село,поселок,деревня) )

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(улица, дом, корпус, квартира)

номер контактного телефона \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении оплаты стоимости лекарственных препаратов

Прошу в соответствии с областным [законом](consultantplus://offline/ref=A3310E09A45E363444442B67608AD333FB79FCB2810BC69D1AA5EBBB6493936CKAJ2J) от 10 ноября 2004 года

N 262-33-ОЗ "О мерах социальной поддержки ветеранов, граждан, пострадавших

от политических репрессий, и иных категорий граждан" (далее - областной

закон N 262-33-ОЗ) предоставить мне оплату стоимости лекарственных

препаратов.

К заявлению прилагаю копию \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

За достоверность представленных сведений несу ответственность.

Уведомления о принимаемых решениях в ходе установления мне

предоставления государственной социальной помощи в соответствии с областным

законом [N 262-33-ОЗ](consultantplus://offline/ref=A3310E09A45E363444442B67608AD333FB79FCB2810BC69D1AA5EBBB6493936CKAJ2J) прошу направлять:

1) об оплате стоимости лекарственных препаратов, о направлении

настоящего заявления и представленные документы в иное государственное

учреждение:

на адрес электронной почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

посредством СМС-сообщения на номер телефона (при условии фиксации

отправки и доставки СМС-уведомления адресату):

┌──┬──┬──┬──┬──┬──┬──┬──┬──┬──┬──┐

│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

└──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┘

иными способами \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

2) об отказе в оплате стоимости лекарственных препаратов:

на адрес электронной почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

иными способами \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)

даю обособленному подразделению "Отделение социальной защиты населения

по Красноборскому району» расположенному по адресу: с. Красноборск, ул. Гагарина,

д. 7а на обработку персональных данных, а именно: совершение действий,

предусмотренных [пунктом 3 части 1 статьи 3](consultantplus://offline/ref=A3310E09A45E36344444356A76E68D3FFA70A3BB8C0BCEC841FAB0E6339A993BE52703CF9AE4B437KFJ1J) Федерального закона от 27 июля

2006 года N 152-ФЗ "О персональных данных", представленных мною в настоящем

заявлении, в целях назначения и предоставления мне мер социальной поддержки

в соответствии с областным [законом](consultantplus://offline/ref=A3310E09A45E363444442B67608AD333FB79FCB2810BC69D1AA5EBBB6493936CKAJ2J) N 262-33-ОЗ.

Заполняется в случае подачи заявления законным представителем

или доверенным лицом

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

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) представителя или доверенного лица)

адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

"\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заполняется ответственным специалистом государственного учреждения

социальной защиты населения Архангельской области

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

(подпись специалиста) (расшифровка подписи)

"\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г., регистрационный N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_