Начальнику обособленного подразделения

 ГКУ АО «Архангельский областной центр

социальной защиты населения»

«ОСЗН по Красноборскому району»

 (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)

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

 (наименование,

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

 серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

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

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

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

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 об установлении региональной социальной доплаты к пенсии

 Прошу в соответствии с Федеральным законом от 17 июля 1999 года

N 178-ФЗ "О государственной социальной помощи" (далее - Федеральный закон

от 17 июля 1999 года N 178-ФЗ) установить мне региональную социальную

доплату к пенсии.

 Я осуществляю/не осуществляю трудовую и (или) иную деятельность, в

период которой граждане подлежат обязательному пенсионному страхованию в

соответствии с Федеральным законом от 15 декабря 2001 года N 167-ФЗ "Об

обязательном пенсионном страховании в Российской Федерации".

 Мое пенсионное обеспечение осуществляется в ГУ УПФР в г.Котлас Архангельской области (межрайонное)

 (наименование органа, осуществляющего пенсионное обеспечение, место

 нахождения органа, дата выплаты пенсии)

 Прошу перечислять региональную социальную доплату к пенсии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

 (сведения о реквизитах организации почтовой связи или о реквизитах счета,

 открытого в кредитной организации)

 Уведомления о принимаемых решениях в ходе установления мне региональной

социальной доплаты к пенсии в соответствии с Федеральным законом от 17 июля

1999 года N 178-ФЗ прошу направлять:

 1) о назначении, прекращении выплаты региональной социальной доплаты к

пенсии, о направлении настоящего заявления 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) о приостановлении или об отказе в установлении региональной

социальной доплаты к пенсии:

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

 иными способами \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Обязуюсь сообщить в государственное учреждение, осуществляющее выплату

региональной социальной доплаты к пенсии, сведения о наступлении

обстоятельств, являющихся основанием приостановления или прекращения

выплаты региональной социальной доплаты к пенсии, не позднее 10 календарных

дней со дня наступления указанных обстоятельств.

 За достоверность представленных сведений несу полную персональную

ответственность.

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

 (фамилия, имя, отчество (при наличии) опекуна, попечителя

на обработку персональных данных, указанных в заявлении и в прилагаемых к

нему документах (нужное заполнить):

 обособленное подразделение ОСЗН по Красноборскому району\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_"

(далее - оператор), расположенным по адресу: 165430 Красноборск ул. Гагарина д. 7 А, Архангельской области \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(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)

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 установления

региональной социальной доплаты, предусмотренной Федеральным законом от 17

июля 1999 года N 178-ФЗ, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (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.

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

 (подпись) (расшифровка подписи)

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

 (дата)

 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 установления региональной социальной

доплаты к пенсии через данное учреждение.

 Заполняется в случае подачи заявления законным представителем или

доверенным лицом:

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

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

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

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

 (почтовый индекс, область, район, город, село, поселок,

 деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (наименование документа, серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

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

 (подпись) (расшифровка подписи)

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

 (дата)

 Примечание. Согласие на обработку персональных данных подопечных

подписывают их законные представители.

 Заполняется специалистом государственного казенного учреждения

 Архангельской области - отделения социальной защиты населения

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

 (подпись специалиста) (расшифровка подписи)

Регистрационный N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.