В

                                                    (наименование ГКУСЗН)

                           от гр.

                                           (фамилия, имя, отчество)

                           Паспорт: серия       номер

                           Выдан:   дата       кем

                           Постоянно зарегистрированной(-ого) по адресу:

                           Временно зарегистрированной(-ого) по адресу:

                           с       г.  по       г.

                           телефон

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о выплате денежной компенсации для обеспечения полноценным питанием**

1. Прошу назначить денежную компенсацию

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество  ребенка | Дата  рождения | Место  регистрации  детей | Родственные  отношения | Наличие  опеки |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |

2. Одновременно сообщаю

(фамилия, имя, отчество детей)

находится на полном государственном обеспечении, посещает дошкольное образовательное учреждение.

3. Правильность сообщаемых сведений подтверждаю. Об изменениях дохода, влияющего на право получения денежной компенсации, обязуюсь сообщить в 3-месячный срок. Об изменениях в составе семьи, помещении ребенка на полное государственное обеспечение, в детское дошкольное учреждение обязуюсь сообщить в недельный срок.

4. Также прилагаю следующие документы:

- копию свидетельства о рождении ребенка;

- справку из женской консультации, от участкового врача-педиатра и т.п.;

- справку о составе семьи;

- справку о доходах членов семьи за три предыдущих месяца;

5. Назначенную компенсацию прошу выплачивать:

    - путем перечисления на лицевой счет N       , открытый в филиале

                        (наименование финансово-кредитного учреждения)

    - через почтовое отделение

|  |  |
| --- | --- |
| Дата       Подпись заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Данные, указанные в заявлении, соответствуют предоставленным документам | Подпись специалиста |
|  |

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я,

(фамилия, имя, отчество)

проживающий

паспорт: серия , номер , выдан

Согласен(-на) на обработку моих персональных данных, в том числе сбор,

систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение),

использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание,

блокирование, уничтожение персональных данных, имеющихся в распоряжении

департамента социальной защиты населения администрации Владимирской области

и государственного казенного учреждения социальной защиты населения

Владимирской области, с целью предоставления мне мер социальной поддержки в

соответствии с действующим законодательством.

Перечень персональных данных для обработки и передачи:

- фамилия, имя, отчество;

- дата рождения;

- данные документа, удостоверяющего личность;

- данные документа, удостоверяющего право на льготы;

- страховой номер индивидуального лицевого счета;

- адрес места жительства (места пребывания);

- дата назначения пенсии, ЕДВ и иных социальных выплат;

- срок, на который установлена пенсия, ЕДВ и иные социальные выплаты;

- группа инвалидности, степень ограничения способности к трудовой

деятельности;

- иные данные, необходимые для оказания мер социальной поддержки.

Согласие на обработку и передачу персональных данных действует в

течение всего периода получения мер социальной поддержки либо до моего

письменного отзыва данного согласия.

г. Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_