|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование уполномоченного органа) |
| **Заявление**  **о выплате единовременного социального пособия на погребение**  Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилия, имя, отчество заявителя полностью)  Проживающий (ая) по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  постоянно зарегистрирован (а) с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   |  |  |  | | --- | --- | --- | | паспорт | Серия, номер |  | | Дата рождения |  | | Место рождения |  | | Кем выдан |  | | Дата выдачи |  |     Осуществил(а) погребение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,  (Ф.И.О. умершего)  проживавшего на день смерти по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .  Прошу выплатить единовременное социальное пособие на погребение:  - умерший не являлся пенсионером и не подлежал обязательному социальному страхованию (не работал);  - родился мертвый ребенок по истечении 196 дней беременности (нужное подчеркнуть)  Выплату пособия произвести через почтовое отделение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_200 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись |
| Согласен (сна) на обработку указанных мной персональных данных оператором  (орган социальной защиты населения, адрес)  с целью реализации мер социальной поддержки, решения вопросов социального обслуживания.  Перечень действий с персональными данными: ввод в базу данных, смешанная обработка, передача юридическим лицам на основании Соглашений с соблюдением конфиденциальности передаваемых данных и использованием средств криптозащиты.  Срок или условия прекращения обработки персональных данных: ликвидация оператора.  Порядок отзыва согласия на обработку персональных данных: на основании заявления субъекта персональных данных.  **«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г. Подпись**   |  |  | | --- | --- | | Данные, указанные в заявлении, соответствуют документу, удостоверяющему личность | Подпись специалиста | |  |   **Расписка-уведомление**  Заявление гр.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | Регистрационный номер заявления | Принял | | | Дата приема заявления | Подпись специалиста | |  |  |  |   **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  (линия отреза)  **Расписка-уведомление**  Заявление гр.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Регистрационный номер заявления | Принял | | | Дата приема заявления | Подпись специалиста | |  |  |  | |