|  |
| --- |
|      (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       г. тел.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| паспорт | Серия, номер |       |
|  | Дата рождения |       г. |
|  | Место рождения |       |
|  | Кем выдан |       |
|  | Дата выдачи |       г. |

 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 154 дней беременности (нужное подчеркнуть)Выплату пособия произвести через почтовое отделение             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.      г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись

|  |  |
| --- | --- |
| Данные, указанные в заявлении, соответствуют документу, удостоверяющему личность | Подпись специалиста |
|  |

***Расписка - уведомление***Заявление гр.

|  |  |
| --- | --- |
| Регистрационный номер заявителя | Принял |
|  | Дата приема заявления | Подпись специалиста |
|       |       г. |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(линия отреза)***Расписка - уведомление***Заявление гр.

|  |  |
| --- | --- |
| Регистрационный номер заявителя | Принял |
|  | Дата приема заявления | Подпись специалиста |
|       |       г. |  |

 |