|  |
| --- |
| (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. |  | |