Директору

(наименование ГКУСЗН)

от гр.

(фамилия, имя, отчество)

Дата рождения

Паспорт: серия       номер

Выдан: дата       кем

Адрес регистрации:

Адрес фактического проживания:

телефон

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о назначении государственного единовременного пособия**

**при возникновении поствакцинального осложнения**

Прошу назначить и выплатить единовременное пособие при возникновении

поствакцинального осложнения.

К заявлению прилагается:

- заключение об установлении факта поствакцинального осложнения;

- свидетельство о смерти (при обращении члена семьи пострадавшего в

случае его смерти).

Предупрежден(а) об ответственности за предоставление заведомо

недостоверных сведений, влияющих на право получения пособия. В случае

выявления таковых обязуюсь возвратить неправомерно полученное пособие на

счет департамента социальной защиты населения администрации области с

учетом расходов по доставке.

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Дата приема  заявления | Регистрационный номер | Принято  документов | 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_