|  |
| --- |
| Руководителю МКУ «УСЗН м.р. Пестравский СО»  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  от гражданина\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт:серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_кем выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Место жительства (регистрации)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Пенсию получаю\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (от какого ведомства) |

**З А Я В Л Е Н И Е**

о назначении денежной выплаты

В соответствии с Законом Самарской области «О социальной поддержке ветеранов Великой Отечественной войны – тружеников тыла, ветеранов труда, граждан, приравненных к ветеранам труда, реабилитированных лиц и лиц, признанных пострадавших от политических репрессий» от 28.12.2004г. № 169-ГД.

Прошу назначить мне ежемесячную денежную выплату (ЕДВ)

как\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(статус льготника)

Выплату ЕДВ производить через:

- отделение почвой связи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Сбербанк РФ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на счет:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Приложение:

1. Копия паспорта;
2. Копия документа, подтверждающего статус;
3. Копия удостоверения органа, выплачивающего пенсию (содержания)

**Правильность сообщаемых сведений подтверждаю. О наступлении обстоятельств, влияющих на право получения ЕДВ, обязуюсь извещать в течении 5 дней со дня наступления указанных обстоятельств.**

**Согласен с обработкой моих персональных данных, для целей присвоения звания «Ветеран труда Самарской области» в соответствии с Законом Самарской области от 28.12.2004г. № 169-ГД «О социальной поддержке ветеранов Великой Отечественной войны – тружеников тыла, ветеранов труда, граждан, приравненных к ветеранам труда, реабилитированных лиц и лиц, признанных пострадавших от политических репрессий» и законом о защите персональных данных в течении срока действия мер социальной поддержки. Даю согласие на действия (операции с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных.**

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись заявителя)

**Хранение персональных данных может реализовываться оператором, как на материальных носителях, так и путем включения данных сведений в информационные системы персональных данных. При обработке подобной информации оператор обязуется принимать необходимые организационные и технические меры, в частности использовать шифровальные (криптографические) средства, для защиты персональных данных от неправомерного или случайного доступа к ним.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Операторы персональных данных:** | | |
| **Министерство социально-демографической и семейной политики Самарской области** | | |
| адрес: 443010, г. Самара, ул. Революционная, 44 | | |
| **МКУ «УСЗН м.р. Пестравский СО»** | | |
| Адрес: 446160, с. Пестравка, ул. 50 лет Октября, 43 | | Телефон: 2-19-31, 2-12-70 |
| Заявление принял специалист: | | |
| ФИО | подпись специалиста | |
|  |  | |

**Заявление принято\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_\_г.**

**И зарегистрировано № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в журнале регистрации № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(подпись специалиста)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ корешок – расписка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(линия отрыва)**

**Заявление принято\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_\_г.**

**И зарегистрировано № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в журнале регистрации № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Специалист \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Тел. 2-12-70, 2-19-31**