В КСЗН администрации Волховского м.р.

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество заявителя полностью)

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Адрес регистрации по месту жительства:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Фактический адрес проживания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Контактный тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Соц. Категория: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

ЗАЯВЛЕНИЕ

В соответствии с законом Ленинградской области от  [29.11.2013 N 82-оз (в редакции закона от 29.02.2016 № 9-оз) "Об отдельных вопросах организации и проведения капитального ремонта общего имущества в многоквартирных домах, расположенных на территории Ленинградской области"](consultantplus://offline/ref=F534645C2A82C93BE32665132ED7AAB0484AA93819C2EEF95E081FF347EA2905189783B822047000T3Z0G) и Положением о порядке назначения и выплаты ежемесячной денежной компенсации на уплату взноса на капитальный ремонт лицам, достигшим возраста семидесяти и восьмидесяти лет, утвержденным постановлением Правительства Ленинградской области от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_, прошу назначить ежемесячную денежную компенсацию на уплату взноса на капитальный ремонт.

**Ежемесячную денежную компенсацию прошу перечислять**

**в кредитное учреждение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(наименование кредитного учреждения) (№ отделения Северо-Западного банка Сбербанка России) **на счет № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

В случае перечисления на банковскую карту необходимо указать № счета, а не карты.

Реквизиты кредитного учреждения (за исключением Северо-Западного банка Сбербанка России):

БИК\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ИНН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**на почтовое отделение №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, которое обслуживает население по моему месту жительства**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(может быть указан только адрес, или только № почтового отделения)

К заявлению прилагаю:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| П/№ | Наименование документа, серия, номер | количество |
| 1 | Паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| 2 | Документ, подтверждающий право собственности на жилое помещение |  |
| 3 | Справка Ф-9 |  |
| 4 | Копия трудовой книжки |  |
| 5 |  |  |

С порядком назначения и выплаты ежемесячной денежной компенсации на уплату взноса на капитальный ремонт ознакомлен (а). Об обстоятельствах, влияющих на выплату ежемесячной денежной компенсации (перемене места жительства; передаче жилья в собственность другому лицу, изменении состава совместно проживающих членов семьи и других обстоятельствах), обязуюсь сообщить в орган социальной защиты населения в течение 10-ти дней со дня наступления соответствующих обстоятельств.

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

**Заполняется в случае подачи заявления через законного представителя (уполномоченное лицо):**

Сведения о законном представителе (уполномоченном лице):

Фамилия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Тип документа | Серия |  | Номер |  |
|  | Дата выдачи |  | Кем выдан |  |

Документ, удостоверяющий полномочия законного представителя (уполномоченного лица):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Тип документа | Серия |  | Номер |  |
|  | Дата выдачи |  | Кем выдан |  |

Дата «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (фамилия, инициалы)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Сотрудником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование органа социальной защиты)**

**Удостоверен факт собственноручной подписи заявителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( расшифровка подписи)**

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Заполняется специалистом органа социальной защиты населения**

Заявление и документы в количестве \_\_\_\_\_\_ шт. приняты «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_20 \_\_\_\_г. и зарегистрировано под №\_\_\_\_\_\_Специалист ОСЗН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (фамилия, инициалы)

**Согласие гражданина**

**на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. заявителя (законного представителя, уполномоченного лица) полностью)

«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения,

Документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Серия \_\_\_\_\_\_\_номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата выдачи « »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес регистрации:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Полномочия подтверждены:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствии с пунктом 4 статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных»

**даю согласие** Комитету социальной защиты населения администрации Волховского м.р.

( наименование органа социальной защиты населения, адрес– далее оператор)

**на обработку моих персональных данных** (фамилии, имени, отчества, даты рождения, паспортных данных, места жительства, сведений, содержащихся в представленных документах) с целью получения мер социальной поддержки в сфере социальной защиты населения, а именно сбор, использование, систематизацию, передачу, накопление, блокирование, хранение, уничтожение (обновление, изменение), распространение, в том числе передачу третьим лицам: федеральным органам исполнительной власти и их территориальным органам, органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации и подведомственным им государственным учреждениям, органам местного самоуправления и подведомственным им муниципальным учреждениям и другим организациям, учреждениям и ведомствам, участвующим в предоставлении государственных и муниципальных услуг, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными, предусмотренных действующим законодательством РФ.

Оператор гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством РФ.

Я проинформирован (а), что оператор будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки.

Настоящее согласие действует до даты его отзыва мною, указанной в личном заявлении, заполненном в произвольной форме, поданном оператору.

Подпись заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (фамилия, инициалы) (дата)

Согласие заявителя зарегистрировано \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата, номер регистрации)

Принял \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата приема заявления) (подпись специалиста) (фамилия. инициалы)-------------------------------------------------------------------------------------------------**- - - - - - - - - -- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -**

(линия отреза)

**Расписка-уведомление**

Согласие на обработку персональных данных гражданки (гражданина)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

зарегистрировано\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата, регистрационный номер заявления)

Принял\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата приема) (подпись специалиста) (фамилия, инициалы)