Приложение №2

Фотография

**Форма заявления о предоставлении государственной услуги**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **АНКЕТА-ЗАЯВКА** |  |
|  | Фамилия:  |  |  |  |  | Дата рождения:  |    | Пол:  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Имя:  |  |  |  |  | Место рождения:  |   |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Отчество:  |  |  |  |  | Контактный телефон:  |   |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | **Адрес регистрации:** |  |  |  |   |  |  **Адрес проживания** |  |  |  |  |  |   |
|   |   |    |  |    |   |   |
|   |  |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  **Документ, удостоверяющий личность:** |   |  |  | **Выпуск осуществляется:** |
|   |   |   |  | За счет денежных средств держателя карты: |   |   |
|   |  |  |  |  |  |   |  | Бесплатно |   |  |  |  |  |  |   |
|   | Серия и номер:  |     |   |  |  |   |   |
|   |  |  |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |
|   |  |  |  |  |  |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |
|   | Выдан: |  |  |   |   |  |  Соц. идент. номер:  |   |   |
|   |  |  |  |  |  |   |  |  |   |  |  |  |  |  |   |
|   |   |   |  |  |   |  |  |  |  |  |   |
|   |   |  |  Страх. номер ПФ:  |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |
|  **Медицинский полис:** |  | **Пенсионное удостоверение:** |
|   Серия и номер:  |   |   |  |  Серия и номер: |   |   |
|   |  |  |  |  |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |   |
|   | Выдан: |  |  |   |   |  |   | Выдан: |  |  |  |   |   |
|   |  |  |  |  |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |   |
|   |   |   |  |   |   |   |
| **Код** | **Наименование льготной категории** | **Дата начала** | **Дата окончания** |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|

|  |
| --- |
|  |

 |  |  | **Подпись заявителя:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Прошу выдать мне "Социальную карту". Согласен с сообщением сведений о моем праве на льготы для изготовления карты. Достоверность сведений подтверждаю.С правилами по выпуску и использованию социальных карт ознакомлен, согласен и обязуюсь их исполнять. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | Дата заполнения: |  | подпись ответственного лица, заверяющего данные |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | **Без подписи анкета-заявка не принимается** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| КОРЕШОК БЛАНКА АНКЕТЫ-ЗАЯВКИ (передается заявителю) |  |
|  | Заявитель: |  |  |  |  |  |  |
|  | Дата рождения: |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Идент. номер: |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Дата заполнения: |  |  |  |  |  |  |
|  | Подпись специалиста: |  |

Информацию о результате оказания государственной услуги прошу выдать следующим способом:

* посредством личного обращения в территориальное структурное подразделение Министерства;
* посредством личного обращения в многофункциональный центр (только на бумажном носителе).

Отметка о комплекте документов (проставляется в случае отсутствия одного или более из документов, не находящихся в распоряжении органов, предоставляющих государственные услуги, либо подведомственных органам государственной власти организаций, участвующих в предоставлении государственной услуги):

О представлении неполного комплекта документов, требующихся для предоставления государственной услуги и представляемых заявителем, так как сведения по ним отсутствуют в распоряжении органов, предоставляющих государственные услуги, либо подведомственных органам государственной власти организаций, участвующих в предоставлении государственной услуги, предупрежден.

Свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие уполномоченным должностным лицам Министерства социальной защиты населения Московской области на обработку (любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) своих персональных данных, указанных в настоящей Анкете-заявке.

Вышеуказанные персональные данные предоставляю для обработки в целях предоставления мне мер социальной поддержки, установленных законодательством Российской Федерации, законодательством Московской области.

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

(подпись заявителя) (Ф.И.О. заявителя, полностью)