В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование территориального

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

 структурного подразделения Министерства)

 ЗАЯВЛЕНИЕ[\*](#Par1560)

 о назначении региональной социальной доплаты к пенсии

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

 (фамилия, имя, отчество заявителя)

проживающая(ий) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (почтовый индекс, наименование региона, района,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 города, иного населенного пункта, улицы, номера дома, корпуса, квартиры)

тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

┌───────────────────────────┬────────────┬────────────────────────────────┐

│ │Дата │ │

│ │рождения │ │

│ ├────────────┼────────────────────────────────┤

│\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ │Серия │ │

│(документ, удостоверяющий ├────────────┼────────────────────────────────┤

│\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ │Номер │ │

│ личность) ├────────────┼────────────────────────────────┤

│ │Дата выдачи │ │

│ ├────────────┼────────────────────────────────┤

│ │Кем выдан │ │

└───────────────────────────┴────────────┴────────────────────────────────┘

Прошу назначить мне региональную социальную доплату к пенсии по категории \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в соответствии с Законом Московской области от 23.03.2006 N 36/2006-ОЗ "О социальной поддержке отдельных категорий граждан в Московской области".

Для назначения региональной социальной доплаты к пенсии представляю следующие документы:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование документов | Отметка о представлении подлинника или копии | Кол-во экземпляров |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |
| 7. |  |  |  |
| 8. |  |  |  |
| 9. |  |  |  |
| 10. |  |  |  |

 Оборотная сторона заявления

Сведения о представителе[\*\*](#Par1561):

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

 (фамилия, имя, отчество)

 Почтовый адрес места жительства (места пребывания): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (почтовый индекс,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 наименование региона, района, города, иного населенного пункта, улицы,

 номера дома, корпуса, квартиры)

тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

┌───────────────────────────┬────────────┬────────────────────────────────┐

│ │Дата │ │

│ │рождения │ │

│ ├────────────┼────────────────────────────────┤

│\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ │Серия │ │

│(документ, удостоверяющий ├────────────┼────────────────────────────────┤

│\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ │Номер │ │

│ личность) ├────────────┼────────────────────────────────┤

│ │Дата выдачи │ │

│ ├────────────┼────────────────────────────────┤

│ │Кем выдан │ │

└───────────────────────────┴────────────┴────────────────────────────────┘

 Документ, подтверждающий полномочия законного представителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование, номер) (наименование органа, выдавшего документ,

 дата выдачи)

 Прошу перечислять региональную социальную доплату к пенсии:

на лицевой счет: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, открытый в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (номер лицевого (наименование кредитной

 счета) организации)

в почтовое отделение: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (номер почтового отделения)

 О себе сообщаю, что в настоящее время не работаю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (подпись заявителя)

 Правильность сообщаемых мною сведений подтверждаю. Предупрежден(а) об

удержании излишне выплаченных сумм региональной социальной доплаты к пенсии

в случае, если переплата произошла по моей вине (предоставление документов

с заведомо неверными сведениями, сокрытие данных, влияющих на право

назначения региональной социальной доплаты к пенсии, исчисление ее

размера). Обязуюсь не позднее чем в 10-дневный срок извещать орган

социальной защиты населения о наступлении обстоятельств, влекущих изменение

размера региональной социальной доплаты к пенсии или прекращение ее выплаты

(поступление на работу, смена места жительства).

 Подписывая заявление для назначения региональной социальной доплаты к

пенсии, даю согласие на обработку моих персональных данных.

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись заявителя)

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

\*Заявление распечатывается с оборотом. Исправления НЕ ДОПУСКАЮТСЯ.

\*\*Сведения указываются в случае подачи заявления представителем или

доверенным лицом.

 В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование территориального

 структурного подразделения Министерства)

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

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

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (фамилия, имя, отчество)

 проживающей(го) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 паспорт или иной документ, удостоверяющий

 личность в соответствии с законодательством

 Российской Федерации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

Согласие на обработку персональных данных заявителя[\*](#Par1598)

1. Настоящим подтверждаю свое согласие на обработку Министерством социальной защиты населения Московской области своих персональных данных, в том числе в автоматизированном режиме, в целях предоставления государственной услуги по осуществлению выплаты региональной социальной доплаты к пенсии.

2. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, семейное, социальное положение, состав семьи.

3. Подтверждаю свое согласие на осуществление следующих действий с персональными данными: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, а также иных действий, необходимых для обработки персональных данных в рамках предоставления государственной услуги.

4. Настоящее согласие действует до наступления срока ликвидации персонального дела заявителя в соответствии с действующими нормами хранения дел. Заявитель может отозвать настоящее согласие путем направления письменного уведомления не ранее окончания срока получения государственной услуги. Отзыв не будет иметь обратной силы в отношении персональных данных, прошедших обработку до вступления в силу такого отзыва.

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

\*Заполняется и предоставляется в случае подачи заявления через представителя или доверенного лица.