

В _____

(наименование учреждения социальной защиты населения Владимирской области)

(фамилия, имя, отчество заявителя)

Паспорт серия _____ № _____ выдан _____

(орган, выдавший паспорт)

_____ " _____ "

дата выдачи

Проживающий по адресу: _____

(адрес места жительства с указанием индекса)

телефон: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении ежемесячной денежной выплаты детям,
страдающим целиакией

Прошу предоставить мне ежемесячную денежную выплату на ребенка (детей), страдающего (-их) целиакией _____.

(фамилия, имя, отчество, дата рождения ребенка (детей))

Прошу выплачивать ежемесячную денежную выплату через финансово-кредитное учреждение _____.

(наименование и банковские реквизиты финансово-кредитного учреждения, номер лицевого счета)

В случае наступления обстоятельств, влекущих прекращение ежемесячной денежной выплаты, обязуюсь известить учреждение социальной защиты населения не позднее 3 (трех) рабочих дней после их наступления.

Согласен(-на) на обработку персональных данных с целью предоставления мер социальной поддержки.

Перечень действий с персональными данными: ввод в базу данных, смешанная обработка, передача юридическим лицам на основании соглашений с соблюдением

конфиденциальности передаваемых данных.

Срок и условия прекращения обработки персональных данных: ликвидация учреждения социальной защиты населения.

Порядок отзыва согласия на обработку персональных данных: на основании заявления субъекта персональных данных.

О результатах принятого решения прошу сообщить:

<input type="checkbox"/>	- устно _____	<input type="checkbox"/>	- письменно _____
	(подпись)		(подпись)
<input type="checkbox"/>	- на адрес электронной почты _____		_____
			(подпись)

Дата	Подпись заявителя
Данные, указанные в заявлении, соответствуют документу, удостоверяющему личность	Подпись специалиста

(линия отреза)

Расписка-уведомление

Заявление гражданина _____

Регистрационный номер заявления	Принял	
	Дата приема заявления	Подпись специалиста