

ЗАЯВЛЕНИЕ

Место жительства _____
(фамилия имя отчество лица имеющего право на предоставление государственной услуги)
(почтовый индекс, район, город, иной населенный пункт, улица, номер дома, корпуса, квартиры указываются на основании

записи в паспорте или документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства (если предъявляется не паспорт, а иной документ, удостоверяющий личность))

Документ, удостоверяющий личность:

Серия, №		Гражданство	
Дата выдачи		Дата рождения	
Кем выдан		Место рождения	

Страховой номер индивидуального лицевого счета (далее - СНИЛС) _____

Сведения, указанные в заявлении, соответствуют документу, удостоверяющему личность.

(подпись специалиста)

Прошу предоставить мне социальные гарантии в форме частичной компенсации затрат на подключение жилых помещений к газовым сетям или частичного освобождения от затрат на подключение жилых помещений к газовым сетям как:

- 1) члену малоимущей семьи или малоимущему одиноко проживающему гражданину;
- 2) гражданину, достигшему возраста 60 или 55 лет (соответственно мужчины и женщины);
- 3) гражданину которому установлена досрочная страховая пенсия по старости, страховая пенсия по инвалидности или социальная пенсия по инвалидности;
- 4) вдове (вдовцу) гражданина, достигшего возраста 60 или 55 лет (соответственно мужчины и женщины) либо которому установлена досрочная страховая пенсия по старости, страховая пенсия по инвалидности или социальная пенсия по инвалидности.
- 5) педагогическому работнику, осуществляющему работу в государственной организации Свердловской области или муниципальной организации, расположенной в поселке городского типа или сельском населенном пункте, в обособленном структурном подразделении такой организации, расположенном в поселке городского типа или сельском населенном пункте

(указать наименование и адрес местонахождения организации)

6) медицинскому работнику, осуществляющему работу в государственной организации Свердловской области или муниципальной организации, расположенной в поселке городского типа или сельском населенном пункте, в обособленном структурном подразделении такой организации, расположенном в поселке городского типа или сельском населенном пункте

(указать наименование и адрес местонахождения организации)

Сведения о составе малоимущей семьи и об обстоятельствах, не зависящих от соответствующей малоимущей семьи или малоимущего одиноко проживающего гражданина за три последних календарных месяца, предшествующих месяцу подачи заявления и на дату подачи заявления:

№	Фамилия, Имя, Отчество, дата рождения	Степень родства	Обстоятельства, не зависящие от малоимущей семьи или малоимущего одиноко проживающего гражданина*	Период**
1				

*в качестве обстоятельств, не зависящих от малоимущей семьи или малоимущего одиноко проживающего гражданина могут быть указаны следующие обстоятельства:

получение пенсии, осуществление ухода за ребенком до достижения им возраста 3-х лет, либо до 7 лет в случае, если ребенок не посещает дошкольное учреждение при постановке его на учет для устройства в такое учреждение; осуществление трудовой деятельности (указать наименование организации); регистрация в качестве безработного; обучение по очной форме обучения в общеобразовательной организации (указать наименование организации); получение ежемесячной компенсационной выплаты по уходу за нетрудоспособными гражданами, либо ребенком-инвалидом; беременность свыше 22 недель; иные обстоятельства (указать какие).

уклонение от уплаты алиментов либо невозможность взыскания алиментов в отношении ребенка (указать ФИО ребенка и должника);

**указывается период с "___" ____ 20__ г. по "___" ____ 20__ г.

Выплату прошу производить через (по выбору):

организацию почтовой

_____ (указать № почтового отделения)

кредитную организацию

_____ (указать наименование организации и номер счета)

организацию, осуществляющую деятельность по доставке социальных пособий

Перечень представленных документов:

1. _____
2. _____
- _____

_____ (подпись заявителя)

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ

Заявление и документы

Регистрационный номер заявления	Принял (Ф.И.О.)		
	Дата приема	Кол-во документов	Подпись специалиста

Я, _____ (фамилия, имя, отчество лица, имеющего право на предоставление государственной услуги)

даю согласие:

1. На обработку персональных данных в составе:

фамилия, имя, отчество;

дата рождения;

место рождения;

паспортные данные (серия, номер, дата выдачи, кем выдан, гражданство);

страхового номера индивидуального лицевого счета;

адрес проживания;

номер телефона;

реквизиты банковского счета (сберегательной книжки).

2. На использование персональных данных в целях:

оказания мер социальной поддержки в соответствии с требованиями действующего законодательства;

осуществления и выполнения возложенных законодательством Российской Федерации на территориальный отраслевой исполнительный орган государственной власти Свердловской области - управление социальной политики Министерства социальной политики Свердловской области (далее - Оператор) функций, полномочий и обязанностей.

3. На обработку персональных данных с использованием средств автоматизации и осуществление действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных в пункте 2 целей, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу (предоставление), обезличивание, блокирование, удаление и уничтожение.

Обработка персональных данных может быть поручена в рамках приказов Министерства социальной политики Свердловской области государственному казенному учреждению Свердловской области "Областной информационно-расчетный центр".

Настоящее согласие на обработку персональных данных действует с момента подписания в течение срока, необходимого для достижения целей обработки персональных данных, заявленных в пункте 2.

Согласие дано мной добровольно и может быть досрочно отозвано письменным запросом, направленным в адрес Оператора заказным письмом либо личным вручением представителю Оператора.

_____ (подпись заявителя)

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ

Заявление и документы гр.

Регистрационный номер заявления	Принял (Ф.И.О.)		
	Дата приема	Кол-во документов	Подпись специалиста