

Начальнику Управления социальной политики по _____
(наименование территориального отраслевого исполнительного органа
государственной власти Свердловской области - управления социальной
политики Министерства социальной политики Свердловской области)

ЗАЯВЛЕНИЕ

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

Место жительства или место пребывания _____
(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, месту пребывания (если предъявляется не
паспорт, а иной документ, удостоверяющий личность))

Документ, удостоверяющий личность:

Серия, номер		Гражданство	
Дата выдачи		Дата рождения	
Кем выдан		Место рождения	

Страховой номер индивидуального лицевого счета (далее - СНИЛС) N _____.
Сведения, указанные в заявлении, соответствуют документу, удостоверяющему
личность.

"__" _____ 20__ г. _____
(подпись специалиста)

прошу предоставить мне специальное (-ые) устройство (-а),
приспособление (-ия), техническое (-ие) средство (-а) реабилитации _____

(наименование специальных устройств, приспособлений, технических средств
реабилитации)

Даю согласие на обследование условий проживания.

"__" _____ 20__ г. _____ / _____
(подпись заявителя) (расшифровка подписи)

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ

Заявление и документы гр. _____

Регистрационный номер заявления	Принял (ФИО)		
	Дата приема заявления	Кол-во документов	Подпись специалиста

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ

Заявление и документы гр. _____

Регистрационный номер заявления	Принял (ФИО)		
	Дата приема заявления	Кол-во документов	Подпись специалиста

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

даю согласие:

1) на обработку моих персональных данных в составе:

фамилия, имя, отчество;

дата рождения;

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

СНИЛС;

адрес проживания;

номер телефона;

реквизиты справки об установлении инвалидности;

сведения индивидуальной программы реабилитации или абилитации

инвалида (ребенка-инвалида);

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) и Министерство социальной политики Свердловской области (далее - Министерство) функций, полномочий и обязанностей;

3) на 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 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.

"__" _____ 20__ г. _____

(подпись заявителя)

