

(наименование государственного областного казенного учреждения – центра социальной поддержки населения)

ЗАЯВЛЕНИЕ
на предоставление денежной выплаты на оплату проезда
в медицинские организации для реабилитации и обратно инвалидам из числа
участников специальной военной операции

От _____
(фамилия, имя, отчество)

_____ (полный адрес места жительства или места пребывания)

_____ (телефон)

Вид документа, удостоверяющего личность заявителя		Дата выдачи	
Номер и серия документа		Дата рождения	
Кем выдан			
Представитель заявителя: Ф.И.О., адрес проживания, контактный телефон			
Наименование, серия и номер документа, подтверждающего полномочия представителя заявителя			

Выехал из населенного пункта _____ для получения медицинской помощи в _____
(указать наименование медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь)

Прошу предоставить мне:

денежную выплату на оплату проезда в медицинские организации для реабилитации и обратно инвалидам из числа участников специальной военной операции с постановлением Правительства Мурманской области от 21.12.2023 № 1000-ПП «О предоставлении дополнительной меры социальной поддержки в виде денежной выплаты на оплату проезда в медицинские организации для реабилитации и обратно инвалидам из числа участников специальной военной операции»

Денежные средства прошу перечислять на расчетный счет № _____,
открытый в _____.

Понимаю, что предоставление ложных сведений влечет ответственность в соответствии с действующим законодательством.

в соответствии со статьей 13 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» согласен на предоставление медицинскими организациями государственным областным учреждениям социальной поддержки населения касающихся меня сведений, составляющих врачебную тайну, необходимых для принятия решения о предоставлении денежных выплат на оплату стоимости проезда в медицинские организации для реабилитации и обратно.

О принятом решении о предоставлении мер социальной поддержки прошу сообщить по телефону или по электронной почте _____
(указать адрес электронной почты)

Дата подачи заявления

Подпись

Данные, указанные в заявлении, соответствуют
представленным документам

Подпись специалиста, принявшего заявление

Приложение к заявлению
на предоставление мер
социальной поддержки

Наименование (Ф.И.О.) оператора

адрес оператора

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

даю согласие в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку и использование моих персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью предоставления социальных выплат и мер социальной поддержки, в том числе получение (предоставление) моих персональных данных от других операторов, участвующих в информационном обмене на основании Договоров (Соглашений).

Дата рождения: _____
(число, месяц, год)

Документ, удостоверяющий личность: _____
(наименование, серия и номер)

документа, кем и когда выдан)

Адрес постоянного места жительства: _____

Ознакомлен с порядком получения (предоставления) информации, касающейся обработки моих персональных данных.

Об ответственности за достоверность представленных сведений предупрежден (предупреждена).

Настоящее заявление действует на период до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Отзыв согласия осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации. Право отзыва настоящего согласия мне разъяснено.

(Ф.И.О.) « ____ » _____ 20 ____ г.

(подпись)

Расписка-уведомление

Заявление и др. документы гр. _____ принял.

Регистрационный номер заявления	Дата приема заявления	Подпись специалиста, принявшего документы	Расшифровка подписи