

ЗАЯВЛЕНИЕ
на предоставление компенсации расходов на оплату стоимости проезда воздушным транспортом с целью посещения медицинских организаций и обратно лицам старше 65 лет и сопровождающим их гражданам

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			

Льготный социальный статус (указать категорию):

1. гражданин старше 65 лет, осуществивший авиаперелет по муниципальным маршрутам авиаперевозок на территории Ловозерского или Терского муниципального района Мурманской области с целью посещения медицинской организации

Являюсь:

инвалидом 1 или 2 группы;

лицом, достигшим возраста 80 лет.

ФИО гражданина, сопровождающего меня _____

2. являюсь лицом, сопровождающим гражданина старше 65 лет до медицинской организации и обратно, и осуществившим авиаперелет по муниципальным маршрутам авиаперевозок на территории Ловозерского или Терского муниципального района Мурманской области с этой целью

ФИО гражданина, сопровождаемого мною _____

Выехал(а) из населенного пункта

	Терского района:		Ловозерского района:
	с. Чапома		с. Краснощелье
	с. Пялица		с. Сосновка
	с. Чаваньга		с. Каневка
	с. Тетрино		

для получения медицинских услуг либо для сопровождения гражданина старше 65 лет в целях получения им медицинских услуг в:

_____ (указать наименование медицинской организации, оказавшей медицинские услуги)

дата оказания медицинских услуг _____

Прошу предоставить мне:

компенсацию в соответствии с постановлением Правительства Мурманской области от 17.03.2023 204-ПП «О дополнительной мере социальной поддержки в виде компенсации расходов на оплату стоимости проезда воздушным транспортом с целью посещения медицинских организаций и обратно лицам старше 65 лет, проживающим в отдаленных населенных пунктах Ловозерского и Терского муниципальных районов Мурманской области, осуществившим авиаперелеты по муниципальным маршрутам авиаперевозок на территории указанных муниципальных образований, и сопровождающим их гражданам»

Прошу перечислять денежные средства:

- на счет № _____, открытый в _____;
- на почтовое отделение связи № _____ АО «Почта России».

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) на предоставление медицинскими организациями государственным областным учреждениям социальной поддержки населения касающихся меня сведений, составляющих врачебную тайну, необходимых для принятия решения о предоставлении компенсации.

О принятом решении о предоставлении компенсации 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.

_____ « ____ » _____ 20 ____ г.
(Ф.И.О.)

_____ (подпись)

Расписка-уведомление

Заявление и др. документы гр. _____ принял.

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