|  |
| --- |
| Начальнику Отдела социальной защиты населения района  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Управления социальной защиты населения  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  административного округа города Москвы  От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилия, имя, отчество (отчество при наличии)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Запрос (заявление)

на предоставление государственной услуги

**«Предоставление ежемесячной городской денежной выплаты»**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество (отчество при наличии) получателя государственной услуги

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес регистрации по месту жительства по документу, удостоверяющему личность, или иному документу, почтовый индекс)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

данные документа, удостоверяющего личность получателя государственной услуги:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| наименование документа |  | | |
| серия |  | дата выдачи |  |
| номер |  | дата рождения |  |
| кем выдан |  | | |
| код подразделения  (при наличии) |  | гражданство |  |
| место рождения |  | | |

Адрес фактического проживания, почтовый индекс:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Телефон домашний: 8 (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон мобильный: 8 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество (отчество при наличии) уполномоченного лица:  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

данные документа, удостоверяющего личность уполномоченного лица:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| наименование документа |  | | |
| серия |  | дата выдачи |  |
| номер |  | дата рождения |  |
| кем выдан |  | | |
| код подразделения  (при наличии) |  | гражданство |  |
| место рождения |  | | |

Телефон домашний: 8 (\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон мобильный: 8 (\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прошу предоставить государственную услугу «Предоставление ежемесячной городской денежной выплаты».

Документы, необходимые для предоставления государственной услуги, прилагаю.

Выплату ежемесячной городской денежной выплаты прошу производить через *(нужное отметить)*:

* + отделение федеральной почтовой связи
  + кредитное учреждение (банк)

реквизиты банка и номер счета: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я извещен(а) о необходимости своевременно информировать отдел социальной защиты населения Управления социальной защиты населения города Москвы, выплачивающий мне ежемесячную городскую денежную выплату,   
об обстоятельствах, влекущих прекращение ежемесячной городской денежной выплаты (переезд на место жительства в другой субъект Российской Федерации или за пределы Российской Федерации, обращение за получением ежемесячной денежной выплаты за счет средств федерального бюджета и иные).

В случае отказа в предоставлении государственной услуги прошу решение об отказе в предоставлении государственной услуги *(нужное отметить)*:

* + вручить мне лично в МФЦ по месту подачи заявления
  + направить почтовым отправлением по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  
     (регистрации /фактического проживания)

Подпись заявителя

(уполномоченного лица) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (отчество при наличии)

Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ г.

Перечень документов

|  |
| --- |
| Перечень документов (название) |
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| 5. |

Регистрационный номер заявления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление принято:

Ф.И.О. должностного лица (работника), принявшего заявление

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (отчество при наличии)

Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

М.П

Настоящим подтверждаю свое согласие на осуществление отделом социальной защиты населения района\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Управления социальной защиты населения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ административного округа города Москвы, Государственным бюджетным учреждением города Москвы «Многофункциональные центры предоставления государственных услуг города Москвы» следующих действий с моими персональными данными (персональными данными недееспособного лица – субъекта персональных данных *(в случае если заявитель является законным представителем)*: их обработку (включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, распространение (в том числе третьим лицам), блокирование, уничтожение персональных данных), в том числе в автоматизированном режиме, в целях получения информации о результате рассмотрения данного заявления, внесения сведений в состав сведений Базового регистра информации, необходимой для предоставления государственных услуг в городе Москве, а также их использование органами государственной власти города Москвы, подведомственными им организациями, в том числе в целях улучшения их деятельности.

Настоящим также подтверждаю свое согласие на получение мною информации о рассмотрении данного заявления, а также о деятельности органов государственной власти города Москвы и подведомственных им организаций.

Указанная информация может быть предоставлена мне с применением неголосовых коммуникаций (путем рассылки по сети подвижной радиотелефонной связи коротких текстовых sms-сообщений, рассылки ussd-сообщений и другое), посредством направления мне сведений по информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» на предоставленные мною номер телефона и (или) адрес электронной почты.

Настоящее согласие не устанавливает предельных сроков обработки данных.

Порядок отзыва согласия на обработку персональных данных мне известен.

Контактная информация субъекта персональных данных для предоставления информации об обработке персональных данных, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(адрес, почтовый индекс)

телефон: 8 (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Подпись заявителя

(уполномоченного лица) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (отчество при наличии)

Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ г.

Ф.И.О. должностного лица (работника), принявшего заявление

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (отчество при наличии)

Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

М.П