

Начальнику ОП ГКУ Архангельской области  
"Архангельский областной центр социальной защиты  
населения"

от \_\_\_\_\_

адрес регистрации:

\_\_\_\_\_

зарегистрирован по месту жительства (постоянно) /

по месту пребывания (временно)

с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

адрес проживания:

\_\_\_\_\_

документ, удостоверяющий личность

\_\_\_\_\_

СНИЛС \_\_\_\_\_

номер контактного телефона

\_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу установить мне ежегодную денежную выплату по следующей категории:  
граждане, награжденные нагрудным знаком

"Почетный донор России",

«Почетный донор СССР»

(нужное подчеркнуть)

Наименование документа, подтверждающего право на ежегодную денежную выплату	
Номер документа	
Кем выдан	
Дата выдачи	

Ежегодную денежную выплату прошу перечислять на расчетный счет:

\_\_\_\_\_

**При изменении данных, указанных в заявлении, обязуюсь об этом сообщить в течение 10 дней.**

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

\_\_\_\_\_ (подпись гражданина)

Я,

**Выражаю согласие ОП ГКУ Архангельской области "Архангельский областной центр социальной защиты населения" "Отделение социальной защиты населения по Котласскому району" (далее - оператор) на сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, использование, передачу определенному кругу лиц, обезличивание, блокирование, уничтожение моих персональных данных (далее – обработка персональных данных), в целях предоставления мне и моей семье мер социальной поддержки, предусмотренных законодательством РФ и Архангельской области (далее – согласие).**

Перечень персональных данных, подлежащих обработке, в том числе с применением средств автоматизированной обработки персональных данных, включает в себя информацию, содержащуюся в заявлениях и документах, предоставляемых мной оператору.

Согласие действует в течении всего срока предоставления мне мер социальной поддержки, а также в течение трех лет с даты прекращения предоставления мер социальной поддержки.

Мне разъяснено право отозвать согласие путем направления письменного заявления оператору и последствия отзыва согласия, а именно: оператор блокирует персональные данные заявителя (прекращает их сбор, систематизацию, накопление, использование, распространение, в том числе передачу), прекращает предоставление заявителю и членам семьи заявителя мер социальной поддержки с месяца, следующего за месяцем, в котором заявитель отзывал согласие, а персональные данные заявителя подлежат уничтожению по истечению трех лет с даты отзыва согласия.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (подпись гражданина)

Заполняется в случае подачи заявления законным представителем или доверенным лицом

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) представителя или доверенного лица)

адрес места жительства: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)

документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (наименование)

\_\_\_\_\_ (серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

документ, подтверждающий полномочия законного представителя: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (наименование)

\_\_\_\_\_ (серия, номер, сведения об организации, выдавшей документ, подтверждающий полномочия законного представителя (доверенного лица) и дата его выдачи)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (подпись гражданина)

Сведения верны:

Специалист \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Вх. № \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (выдается заявителю)

### РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ

Заявление и документы гр. \_\_\_\_\_

принял специалист \_\_\_\_\_

Регистрационный № \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.