Форма

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | В Комитет по социальной защите населения Ленинградской области | | | |
| от |  | | , |
| *(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)* | | | |
|  | | | , |
| *(дата рождения гражданина)* | | | |
|  | | | |
| *(реквизиты паспорта гражданина Российской Федерации: наименование, серия, номер, код подразделения – для граждан от 14 лет и старше;* | | |  |
| *серия, номер актовой записи, дата регистрации записи актов гражданского состояния, наименование ЗАГС – для граждан в возрасте до 14 лет)* | | | |
|  | | | |
| *СНИЛС* | | | |
|  | | | |
| *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *адрес регистрации заявителя по месту жительства в Ленинградской области* | | | , |
| *сведения о фактическом месте проживания заявителя в Ленинградской области)* | | | |
|  | | | , |
| *(контактный телефон, e-mail (при наличии))* | | | |
|  | | | |
| от |  | | |
| *(фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя, представляющего интересы гражданина* | | | |
|  | | | |
| *реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя,* | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| *реквизиты документа представителя заявителя, паспорта гражданина Российской Федерации: наименование, серия, номер, код подразделения 1)* | | | |
| Заявление  о передаче в собственность инвалиду дополнительных  технических средств реабилитации[[1]](#footnote-1) | | | | | | |
| Прошу предоставить дополнительное техническое средство реабилитации, стоимость которого больше трехкратной величины прожиточного минимума в Ленинградской области на душу населения, установленной Правительством Ленинградской области *(поставить отметку "V")* | | | | | | |
| N п/п | Наименование дополнительного технического средства реабилитации | | | | поставить отметку "V" | | |
| 1 | Функциональная кровать с механическим приводом для детей-инвалидов (кровать функциональная медицинская механическая с принадлежностями и другие аналоги) | | | |  | | |
| 2 | Подъемник передвижной для ванны (подъемник электрический передвижной реабилитационный, устройство подъемное для ванны, подъемное устройство для ванны с принадлежностями и другие аналоги) | | | |  | | |
| 3 | Ванна с сиденьем (ванна с сиденьем, герметичной дверцей для входа и выхода, оснащенная поручнями, ванна для людей с ограниченными возможностями и другие аналоги) | | | |  | | |
| К заявлению прилагаю: | | | | | | | | |
| N п/п | | Наименование документа | | | Количество | | | |
|  | |  | | |  | | | |
|  | |  | | |  | | | |
|  | |  | | |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Согласен(на) на запрос документов (сведений), необходимых для предоставления государственных(ой) услуг(и).  Я подтверждаю, что вся представленная информация является достоверной и точной.  Со сроками оказания государственной услуги ознакомлен(а).  Предупрежден(а) о том, что:  при представлении заведомо ложных и(или) недостоверных сведений, а также при умолчании о фактах, влекущих отказ в предоставлении, прекращение предоставления мер(ы) социальной поддержки, предусмотрена уголовная ответственность [статьей 159.2](consultantplus://offline/ref=2C2635BCA1EECA25178962C3AC68020B0CEB00F33733E88643B6B3E98BDC63507DA2E340120B0D24C0DC03B9C1A3C32B8D8E91EBB96FG6O5O) Уголовного кодекса Российской Федерации;  при запросе документов (сведений), необходимых для предоставления государственных(ой) услуг(и), вопрос предоставления государственных(ой) услуг(и) будет рассмотрен после получения сведений и о возможности представления таких документов (сведений) по собственной инициативе. | | | | | | |
| Результат рассмотрения заявления прошу: | | | | | |
|  | выдать на руки в МФЦ (указать адрес) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
|  | направить в электронной форме в личный кабинет на ПГУ ЛО/ЕПГУ | | | | |
|  | |  |  |  |  |
| *(подпись)* | |  | *(фамилия, инициалы заявителя (представителя заявителя))* |  | *(дата)* |
| --------------------------------  <\*> Адрес МФЦ указывается при подаче документов посредством ПГУ ЛО/ЕПГУ либо при подаче документов в МФЦ, находящийся по другому адресу. | | | | | |

|  |
| --- |
| Заполняется специалистом: |
| Специалистом удостоверен факт собственноручной подписи заявителя (представителя заявителя) в заявлении |
|  |
| (подпись, расшифровка подписи, дата) |

# Приложение

# к заявлению…

# Согласие гражданина на обработку персональных данных

# Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# *(Ф.И.О. заявителя (представителя заявителя) полностью)*

# "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ года рождения

# Документ, удостоверяющий личность (заявителя, представителя заявителя)

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Серия \_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата выдачи "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ г.

# Адрес проживания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Полномочия подтверждены

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# *(наименование и реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя заявителя)*

# В соответствии с [пунктом 4 статьи 9](consultantplus://offline/ref=4970C6CEE295ADEDC23F2C6D390379EEDEB25093883B02C43586E80985D4FC22D6B58A9D277ED5E1575A98E19D54C7C276EF299AC3EE1BB6V546P) Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных" даю согласие

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# *(наименование органа социальной защиты, адрес, далее - оператор)*

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# ┌─┐

# │ │ на обработку моих персональных данных (фамилии, имени, отчества, даты

# └─┘ рождения, паспортных данных, адреса места жительства, сведений,

# содержащихся в представленных документах, фотографии)

# ┌─┐

# │ │ на обработку персональных данных членов моей семьи (фамилии, имени,

# └─┘ отчества, даты рождения, паспортных данных, адреса места жительства,

# сведений, содержащихся в представленных документах, фотографии)

# ┌─┐

# │ │ на обработку персональных данных (фамилии, имени, отчества, даты

# └─┘ рождения, паспортных данных, адреса места жительства, сведений,

# содержащихся в представленных документах, фотографии)

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# *(указываются фамилия, имя, отчество заявителя)*

# с целью получения государственных услуг в сфере социальной защиты населения, а именно: сбор, использование, систематизацию, передачу, накопление, блокирование, хранение, уничтожение (обновление, изменение), распространение, в том числе передачу третьим лицам: федеральным органам исполнительной власти и их территориальным органам, органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации и подведомственным им государственным учреждениям, органам местного самоуправления и подведомственным им

# муниципальным учреждениям и другим организациям, учреждениям и ведомствам, участвующим в предоставлении государственных и муниципальных услуг, а также осуществление любых иных действий с персональными данными заявителя, предусмотренных действующим законодательством РФ.

# Оператор гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством РФ.

# Я проинформирован(а), что оператор будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки.

# Настоящее согласие действует до даты его отзыва, указанной в личном заявлении, заполненном в произвольной форме, поданном оператору.

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

# (подпись) (фамилия, инициалы заявителя (представителя заявителя))

# Принял "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# (подпись специалиста) (фамилия, инициалы)

1. В случае обращения представителя заявителя, имеющего иной документ, удостоверяющий личность, поле не заполняется, и к комплекту документов прилагается копия документа [↑](#footnote-ref-1)