Приложение № 1

к административному регламенту

 предоставления государственной услуги

 «Назначение и выплата ежемесячного пособия родителям и вдовам военнослужащих, сотрудников органов внутренних дел и органов уголовно-исполнительной системы Министерства юстиции Российской Федерации, погибших при исполнении государственных обязанностей на территории Афганистана и Северо-Кавказского региона, а также военнослужащих, проходивших военную службу по призыву, погибших при исполнении обязанностей военной службы

»

 **СВЕДЕНИЯ**

 **об отделе социальной защиты населения администрации МР «Мещовский район» Калужской области, которому переданы государственные полномочия по предоставлению государственной услуги**

|  |
| --- |
| 1. Наименование: Отдел социальной защиты населения администрации МР «Мещовский район»
 |
|  Адрес: 249240, Калужская область, г. Мещовск, Проспект Революции, д.47 |
| 3. Контактные телефоны: 8484692905; 8484692331 тел/факс: 84844691313  |
|  4. Адрес электронной почты: moszn@kaluga.ru |
| 5. Фамилия, имя, отчество руководителя и контактные телефоны:Шевченко Татьяна Михайловна, 84844692331 |
| 6. Фамилия, имя, отчество специалиста, ответственного за предоставление государственной услугиКирсанова Надежда Юрьевна 84844692195 |
| 7. Контакты, адрес электронной почты: moszn@kaluga.ru 8.Время работы отдела социальной защиты:Понедельник-четверг с 8-00 до 17-15час., пятница с 8.00 до 16-00 час. Обеденный перерыв с 13-00 до 14-00 час. Выходные дня- суббота, воскресенье. |
| 9. График приема граждан: понедельник, среда, пятница  с 9-00 до 13-00 час. |

Приложение № 2

 к административному регламенту

предоставления государственной услуги

«Назначение и выплата ежемесячного пособия родителям и вдовам военнослужащих, сотрудников органов внутренних дел и органов уголовно-исполнительной системы Министерства юстиции Российской Федерации, погибших при исполнении государственных обязанностей на территории Афганистана и Северо-Кавказского региона, а также военнослужащих, проходивших военную службу по призыву, погибших при исполнении обязанностей военной службы»

 Руководителю\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование уполномоченного органа)

 от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (полностью фамилия, имя, отчество)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата и год рождения)

 проживающего: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

о назначении и выплате ежемесячного пособия

Прошу назначить ежемесячное пособие как родителям (вдове) военнослужащих, сотрудников органов внутренних дел и органов уголовно-исполнительной системы Министерства юстиции Российской Федерации, погибших при исполнении государственных обязанностей на территории Афганистана и Северо-Кавказского региона, а также военнослужащих, проходивших военную службу по призыву, погибших при исполнении обязанностей военной службы» (нужное подчеркнуть)

Прилагаю следующие документы:

 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 3.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(Ф.И.О. заявителя либо лица,

представляющего интересы получателя

государственной услуги на основании

доверенности, заверенной в установленном порядке)

 ( подпись, расшифровка по

Документы принял специалист\_дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись

Приложение № 3

 к административному регламенту предоставления

 государственной услуги ««Назначение и выплата ежемесячного пособия родителям и вдовам военнослужащих, сотрудников органов внутренних дел и органов уголовно-исполнительной системы Министерства юстиции Российской Федерации, погибших при исполнении государственных обязанностей на территории Афганистана и Северо-Кавказского региона, а также военнослужащих, проходивших военную службу по призыву, погибших при исполнении обязанностей военной службы»

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения лица, выражающего

согласие на обработку персональных данных)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование основного документа, удостоверяющего личность, и его

реквизиты

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

(в том числе сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его

органе)

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

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

в порядке и на условиях, определенных Федеральным законом "О персональных

данных" В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных

данных» я даю свое согласие на сбор, обработку, в том числе

автоматизированную, хранение и передачу третьим лицам в системе

информационного обмена персональных данных

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

указанных в настоящем Заявлении.

 выражаю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(наименование органа местного самоуправления Калужской

области в сфере социальной защиты населения)

расположенному по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(далее - Оператор), согласие на обработку персональных данных, указанных в документах, представляемых для получения справки родителя многодетной семьи.

 Предоставляю Оператору право осуществлять следующие действия с моими персональными данными: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение, обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, передача персональных данных по запросам органов государственной власти Калужской области в рамках их полномочий с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

 Оператор вправе осуществлять смешанную (автоматизированную и неавтоматизированную) обработку моих персональных данных посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

 Срок действия настоящего согласия не ограничен.

 Я оставляю за собой право отозвать настоящее согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку уполномоченному представителю Оператора.

 В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан уничтожить мои персональные данные, но не ранее срока, необходимого для достижения целей обработки моих персональных данных.

 Я ознакомлен(а) с правами субъекта персональных данных, предусмотренными главой 3 Федерального закона "О персональных данных".

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