

Руководителю ГКУ АО «Благовещенское
УСЗН»

(город, район)

от _____
(фамилия, имя, отчество)

дата рождения _____

паспорт серии _____ № _____

выдан _____

адрес проживания _____

номер тел. _____

**ЗАЯВЛЕНИЕ
о согласии на обработку персональных данных**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)

даю согласие _____
(фамилия, имя, отчество лица, обратившегося за назначением социальной поддержки)

на предоставление и автоматизированную (а также без использования средств автоматизации) обработку моих персональных данных в ГКУ АО «Благовещенское УСЗН»,
(наименование ГКУ-УСЗН)

в целях получения государственной услуги в части выплат (указать вид выплаты знаком «V»):

Единовременное пособие при рождении ребенка	
Ежемесячное пособие по уходу за ребенком	
Единовременное пособие беременной жене военнослужащего, проходящего военную службу по призыву	
Ежемесячное пособие на ребенка военнослужащего, проходящего военную службу по призыву	
Пособие на ребенка	
Ежемесячная денежная выплата беременным женщинам	
Ежемесячная денежная выплата кормящим матерям	
Ежемесячная денежная выплата детям первых трех лет жизни	
Ежемесячная денежная выплата на третьего или последующих детей	
Ежемесячная денежная выплата семьям в связи с рождением (усыновлением) первого ребенка	
Единовременная денежная выплата при рождении первого ребенка	
Региональный материнский капитал	
Региональный материнский (семейный) капитал	
Социальная выплата на улучшение жилищных условий многодетным семьям	
Социальная выплата на приобретение автотранспорта или сельскохозяйственной техники многодетным семьям	

Подтверждаю, что в соответствии с [частью 1 статьи 9](#) Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие ГКУ АО «Благовещенское УСЗН» на осуществление действий (операций) с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ) в документальной, электронной, устной форме, а также на направление УСЗН запросов в органы, организации, участвующие в предоставлении государственной услуги, в целях получения сведений, необходимых для принятия решения о предоставлении социальных выплат.

Заявление действует до «___» _____ 202__ г.

ФИО _____

Подпись _____

Дата _____