Приложение 1

к приказу ДТСЗН от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_

**В Департамент труда и социальной**

**защиты населения города Москвы**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о назначении компенсационной выплаты гражданам**

**старшего поколения, вакцинированным либо ревакцинированным от новой коронавирусной инфекции, взамен получения подарочного набора для поддержания самочувствия и личного ухода**

**«\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_ г.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ЗАЯВИТЕЛЬ** **(Ф.И.О. полностью)** | |  | | |
| **Адрес регистрации** по месту жительства (по паспорту): | |  | | |
| **Адрес фактического проживания** (заполняется в случае несовпадения с адресом регистрации): | |  | | |
| **СНИЛС** | |  | | |
| **Телефон:** | | **e-mail:** | | |
| **Паспортные данные Заявителя:** | | | | |
| Серия |  | Номер |  | |
| Дата выдачи |  | Дата рождения |  | |
| Кем выдан |  | | | |
| Код подразделения ОВД |  | Гражданство | |  |

Прошу назначить мне компенсационную выплату взамен получения подарочного набора для поддержания самочувствия и личного ухода, как лицу, достигшему возраста 65 лет и прошедшему в городе Москве вакцинацию (ревакцинацию) от новой коронавирусной инфекции, предусмотренную постановлением Правительства Москвы от 12 октября 2021 г. № 1592-ПП.

Денежные средства прошу перечислить на мой счет в кредитной организации:

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование кредитной организации |  |
| Расчетный счет |  |
| Корреспондентский счет |  |
| БИК |  |
| КПП |  |
| ИНН |  |
| Номер личного счета |  |

Настоящим подтверждаю, что отказываюсь от получения подарочного набора для поддержания самочувствия и личного ухода

Подпись заявителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

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

Настоящим подтверждаю, что подарочный набор для поддержания самочувствия и личного ухода ранее не получен, компенсационная выплата ранее не назначалась.

Подпись заявителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

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

**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

Я (далее - Субъект), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Документ удостоверяющий личность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(вид документа)

серия и номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(кем)

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

дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Настоящим подтверждаю свое согласие на осуществление управлениями социальной защиты населения административных округов города Москвы, центрами социального обслуживания города Москвы следующих действий с моими персональными данными: 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 др.), 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:

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

(почтовый адрес)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(телефон) (адрес электронной почты)

Подпись заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

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

**Факт неполучения подарочного набора проверен, заявление принято**

работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(наименование учреждения)

уполномоченным на прием заявления и проверку сведений

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

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