|  |  |
| --- | --- |
| Сведения о заявителе:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)Документ, удостоверяющий личность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(вид документа)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(серия, номер)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(кем, когда выдан)Контактная информацияадрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_эл. почта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Кому адресован документ:Отдел социальной защиты населения района \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Управления социальной защиты населения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ административного округа города Москвыначальнику Отдела\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О.) |

ЗАПРОС (ЗАЯВЛЕНИЕ)

Прошу предоставить государственную услугу «Предоставление федеральным льготным категориям граждан бесплатного проезда на междугородном транспорте к месту лечения и обратно» и выдать мне талоны на право безденежного приобретения проездных документов для проезда к месту лечения в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (указать наименование и место нахождения санаторно-курортной организации, медицинского учреждения)

и обратно.

Санаторно-курортная путевка (направление на лечение) № \_\_\_\_\_\_\_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Заявление об отказе от услуги по предоставлению бесплатного проезда междугородным транспортом к месту лечения и обратно, предусмотренной п.2 ч.1 ст. 6.2 Федерального закона от 17.07.1999 г. № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» на 20\_\_\_ год в территориальное отделение Пенсионного фонда Российской Федерации не подавал(а).

**Я предупрежден(а), что талон(ы)** на право безденежного приобретения проездных документов для проезда к месту лечения и обратно **при утрате** **повторно не оформляется (ются).** ­­­­­­­­­­­­

Решение об отказе в предоставлении государственной услуги прошу: вручить лично, направить почтовым отправлением *(нужное подчеркнуть).*

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

 (расшифровка подписи)

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Настоящим подтверждаю свое согласие на осуществление отделом социальной защиты населения района \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Управления социальной защиты населения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ административного округа города Москвы следующих действий с моими персональными данными (персональными данными недееспособного лица – субъекта персональных данных *(в случае если заявитель является законным представителем)*: 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 об этапе предоставления государственной услуги, о результате предоставления государственной услуги, 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 предоставлении государственной услуги, 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Запрос (заявление) принят:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Ф.И.О. должностного лица ОСЗН района УСЗН АО города Москвы,

 уполномоченного на прием запроса (заявления)

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_