

---

(наименование государственного областного казенного учреждения – центра социальной поддержки населения)

## ЗАЯВЛЕНИЕ

### на предоставление дополнительных мер социальной поддержки в виде ежемесячных денежных выплат на оплату питания и (или) проживания в общежитиях детям из семей участников специальной военной операции

От \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_ (полный адрес места жительства или места пребывания)

\_\_\_\_\_ (телефон)

Вид документа, удостоверяющего личность заявителя		Дата выдачи	
Номер и серия документа		Дата рождения	
Кем выдан			
Представитель заявителя: Ф.И.О., адрес проживания, контактный телефон			
Наименование, серия и номер документа, подтверждающего полномочия представителя заявителя			

являющейся (муся) законным представителем несовершеннолетнего (них):

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_,

(ФИО несовершеннолетнего (них), дата рождения)

Обучаюсь (щегося) в ФГОУ Министерства обороны РФ, по программе высшего, среднего (нужное подчеркнуть) профессионального образования в

\_\_\_\_\_ (указать наименование образовательной организации)

расположенной по адресу: \_\_\_\_\_

**Прошу предоставить мне:**

- ежемесячную денежную выплату на оплату питания
- ежемесячную денежную выплату на оплату проживания в общежитиях

в соответствии с постановлением Правительства Мурманской области от 10.04.2023 № 259-ПП О дополнительных мерах социальной поддержки в виде ежемесячных денежных выплат на оплату питания и проживания в общежитиях детям из семей участников специальной военной операции»

**Прошу перечислять денежные средства:**

на счет № \_\_\_\_\_, открытый в \_\_\_\_\_.

Понимаю, что предоставление ложных сведений влечет ответственность в соответствии с действующим законодательством.

О принятом решении о предоставлении дополнительной меры поддержки прошу сообщить по телефону, электронной почте или с использованием порталов ЕПГУ (РПЭУ)

(указать телефон или адрес электронной почты)

Дата подачи заявления

Подпись

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам	
	Подпись специалиста, принялшего заявление

Приложение к заявлению  
на предоставление мер  
социальной поддержки

Наименование (Ф.И.О.) оператора

адрес оператора

СОГЛАСИЕ  
на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_ ,  
(фамилия, имя, отчество)

даю согласие в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку и использование моих персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью предоставления социальных выплат и мер социальной поддержки, в том числе получение (предоставление) моих персональных данных от других операторов, участвующих в информационном обмене на основании Договоров (Соглашений).

Дата рождения: \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

Документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_  
(наименование, серия и номер)

документа, кем и когда выдан)

Адрес постоянного места жительства: \_\_\_\_\_

Ознакомлен с порядком получения (предоставления) информации, касающейся обработки моих персональных данных.

Об ответственности за достоверность представленных сведений предупрежден (предупреждена).

Настоящее заявление действует на период до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Отзыв согласия осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации. Право отзыва настоящего согласия мне разъяснено.

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

« \_\_\_\_ » 20 \_\_\_\_ г.  
\_\_\_\_\_  
(подпись)