**Технологическая схема №15**

взаимодействия ГАУ «МФЦ» и министерства социального развития Оренбургской области при предоставлении государственной услуги

«Назначение и выплата областной ежеквартальной надбавки детям-инвалидам в возрасте до 18 лет, воспитывающимся в неполных семьях»

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Общие сведения об услуге | | | | |
| Наименование *Органа*, ответственного за организацию предоставления услуги | | | Министерство социального развития Оренбургской области | |
| Полное наименование услуги | | | Назначение и выплата областной ежеквартальной надбавки детям-инвалидам в возрасте до 18 лет, воспитывающимся в неполных семьях | |
| Краткое наименование услуги | | | Отсутствует | |
| Перечень подуслуг в рамках услуги | | | Отсутствует | |
| Нормативно-правовая база предоставления услуги | | | Приказ министерства социального развития Оренбургской области от 27.02.2018 № 123 «Об утверждении административного регламента предоставления государственной услуги «Назначение и выплата областной ежеквартальной надбавки детям-инвалидам в возрасте до 18 лет, воспитывающимся в неполных семьях» | |
| Постановление Администрации Оренбургской области от 04.04.2002 № 55-п « О выплате областной ежеквартальной надбавки детям-инвалидам» | |
| 1. Сведения об услуге | | | | |
| Срок предоставления | | | 10 рабочих дней со дня подачи заявления о предоставлении государственной услуги – для принятия решения о предоставлении (об отказе в предоставлении) государственной услуги, и не более 90 календарных дней с момента принятия решения о предоставлении государственной услуги – для осуществления выплаты ежеквартальной надбавки | |
| Документы, являющиеся результатом предоставления услуги | | | 1. Уведомление о предоставлении государственной услуги (Приложение № 5 к Технологической схеме); 2. Уведомление об отказе в предоставлении государственной услуги | |
| Способы получения документов, являющихся результатами предоставления услуги | | | 1. через МФЦ 2. лично в ГКУ «ЦСПН»; 3. по почте (отправляет орган). | |
| Сведения о наличии платы за предоставление услуги | | | Бесплатно | |
| Сведения о заявителях, имеющих право на получение услуги, документы удостоверяющие личность. | | | Граждане Российской Федерации, проживающие на территории Оренбургской области;  Иностранные граждане, лица без гражданства, а также беженцы, проживающие на территории Оренбургской области.  Родитель (усыновитель, опекун, попечитель) ребенка-инвалида, воспитывающегося в неполной семье.  От имени заявителей могут выступать их представители, имеющие право в соответствии с законодательством Ро(ссийской Федерации либо в силу наделения их в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, полномочиями выступать от их имени. | |
| Документы, предоставляемые заявителем, для получения государственной услуги | | | 1) Заявление (Приложение №1 к Технологической схеме, образец заполнения - Приложение № 2 к Технологической схеме),  2) Документ, удостоверяющий личность:  - паспорт - для гражданина РФ, гражданина иностранного государства (стр. 3-4, и страницу, где указана последняя запись регистрации по месту жительства);  - вид на жительство - для иностранного гражданина, лица без гражданства;  - удостоверение беженца;  3) Свидетельство о рождении ребенка;  4) В случае рождения ребенка на территории иностранного государства - документ и его копия, подтверждающий факт рождения и регистрации ребенка, выданный компетентным органом иностранного государства, переведенный на русский язык;  5) Документ, подтверждающий регистрацию по месту жительства или по месту пребывания претендента на выплату надбавки с ребенком-инвалидом (представляется заявителем по собственной инициативе, в случае непредставления – запрашивается филиалом ГКУ «ЦСПН» самостоятельно);  6) Документы, подтверждающие неполный состав семьи (свидетельство о расторжении брака, свидетельство о смерти, решение суда о признании безвестно отсутствующим одного из родителей, справка из органов ЗАГС об основании внесения в свидетельство о рождении сведений об отце и др.);  7) Документ о признании ребенка инвалидом (справка бюро МСЭ);  8) Согласие на обработку персональных данных (Приложение № 3 к Технологической схеме, образец заполнения - Приложение № 4 к Технологической схеме);  9) в случае если заявитель опекун (попечитель) - выписка из решения об установлении над ребенком опеки (попечительства), удостоверение опекуна (попечителя), копия договора о передаче ребенка (детей) на воспитание в приемную семью, удостоверение приемного родителя);  10) документ, подтверждающий полномочия на осуществление действий от имени заявителя (для представителя заявителя)  Документы, указанные в п. 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10 могут быть представлены в копиях, заверенных в установленном законодательством Российской Федерации порядке, либо с предъявлением оригиналов. | |
| 1. **Состав, последовательность и сроки выполнения административных процедур, требования к порядку их выполнения сотрудниками МФЦ и Органа (при бумажном документообороте)** | | | | |
| № п/п | Исполнитель | Наименование процедур | | Сроки выполнения |
| 1. | Сотрудник МФЦ | Устанавливает личность заявителя (его представителя) на основании документов, удостоверяющих личность | | В момент обращения |
| Проверяет комплектность документов в соответствии с перечнем необходимых документов.  Проверят наличие обязательных реквизитов (печати и подписи, дата выдачи) на представленных документах, срок действия представленных документов. | |
| Распечатывает бланк заявления и предлагает заявителю собственноручно заполнить его. Изготавливает копии с представленных документов. | |
| Оценивает полноту оформления заявления. | |
| Принимает заявление. | |
| Отказывает в приеме заявления, в случае:  1) представлен неполный перечень документов;  2) текст заявления и представленных документов не поддается прочте­нию;  3) не указаны фамилия, имя, отчество, адрес заявителя (его представи­теля), почтовый адрес, по которому должен быть направлен ответ заявителю;  4) в заявлении содержатся нецензурные либо оскорбительные выраже­ния, угрозы жизни, здоровью, имуществу должностного лица, а также членов его семьи, при этом заявителю сообщается о недопустимости злоупотребле­ния правом;  5) вопрос, указанный в заявлении, не относится к порядку предостав­ления государственной услуги. | |
| Регистрирует заявку (создает заявку в АИС МФЦ с указанием данных заявителя и представленных им документов) | |
| Распечатывает из АИС МФЦ расписку в 2 экз. и заявление в 1 экз., в которых проставляются подписи заявителя и сотрудника МФЦ | |
| Выдает расписку заявителю о приеме и регистрации заявления. Возвращает оригиналы документов. | |
| Информирует заявителя о сроках получения результата оказания услуги. | |
| Сформированное дело откладывает для последующего составления реестра принятых дел | |
| 2. | Сотрудник МФЦ ответственный за передачу дел в Орган | Передает заявления и документы на бумажном носителе пофамильно по акту приема-передачи в филиал ГКУ «ЦСПН» по месту жительства заявителя (адреса указаны в Приложении № 4 к Соглашению) | | Не позднее следующего рабочего дня после приема заявки |
| 3. | Сотрудник филиала ГКУ «ЦСПН» | Принимает пакет документов по акту приема-передачи от МФЦ. | | В день получения |
| Регистрирует заявление. | |
| Проверяет подлинность, полноту и правильность представленных документов, формирует личное дело. | |
| Определяет право заявителя на предоставление государственной услуги, выносит решение о предоставлении либо об отказе в предоставлении государственной услуги | | В течение 10 рабочих дней со дня регистрации заявления в филиале ГКУ «ЦСПН» |
| Формирует уведомление о предоставлении государственной услуги либо об отказе в предоставления государственной услуги | |
| Регистрирует уведомление и направляет его по акту приема-передачи в МФЦ. | | в течение 5 рабочих дней с даты принятия решения |
| Копии документов подлежат хранению в установленном законодательством порядке. | |
| 4 | Сотрудник МФЦ ответственный за передачу дел в Орган | Принимает переданные документы в соответствии с актом приема-передачи, вносит информацию в АИС МФЦ о поступлении документов, передает на выдачу. | | Не позднее следующего рабочего дня после получения из филиала ГКУ «ЦСПН» |
| 5 | Специалист МФЦ | Уведомляет заявителя о получении результата предоставления государственной услуги (о предоставлении государственной услуги либо об отказе в предоставлении государственной услуги, с разъяснением причин) | |
| 6 | Специалист выдачи МФЦ | Выдает результат оказания услуги заявителю (представителю заявителя) при предъявлении расписки и документа, удостоверяющего его личность.  В предъявленной расписке заявитель проставляет дату и подпись получения документов. | | В момент обращения |
| Расписка с подписью заявителя о получении документов хранится в МФЦ | |
| 7 | Специалист выдачи  МФЦ | Если заявитель не обратился за результатом предоставления государственной услуги, документы направляются в филиал ГКУ «ЦСПН» по акту приема-передачи | | Через три месяца после получения результата из филиала ГКУ «ЦСПН» |

В случае изменения нормативно-правовой базы предоставления услуги, Орган вносит изменение

в технологическую схему и направляет в МФЦ.

Контактный телефон: 8(3532)77-32-54 (консультант Мокеенкова Галина Борисовна).

Приложение № 1

к Технологической схеме №15

|  |  |
| --- | --- |
|  | В Филиал ГКУ «Центр социальной  поддержки населения» в \_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата рождения  Паспорт гражданина России:\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Проживающего(ей) по адресу:\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Заявление № |

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении государственной услуги «Назначение и выплата областной ежеквартальной надбавки детям-инвалидам в возрасте до 18 лет, воспитывающимся в неполных семьях».

Прошу назначить МСП «Назначение и выплата областной ежеквартальной надбавки детям-инвалидам в возрасте до 18 лет, воспитывающимся в неполных семьях» в соответствии с НПД «Постановлением администрации Оренбургской области от 04.04.2002 № 55-п «О выплате областной ежеквартальной надбавки детям-инвалидам в возрасте до 18 лет» на основании категории: дети-инвалиды в возрасте до 18 лет, воспитывающиеся в неполных семьях

отношение к ребенку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(мать, отец, опекун или другое лицо, нужное указать),

на ребенка:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Фамилия Имя Отчество ребенка (детей) | Дата рождения ребенка | Номер, серия, дата выдачи свидетельства о рождении |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |

Дополнительно сообщаю: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ состав семьи неполный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Достоверность сообщаемых сведений подтверждаю.

Способ получения пособия:

1. Почтовое отделение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

2. Отделение Сбербанка филиал N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ счет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Обязуюсь своевременно (не позднее, чем в месячный срок) сообщить о наступлении обстоятельств, влекущих изменение размера назначения или прекращение выплаты (о перемене места жительства, об

изменении состава семьи, снятие инвалидности у ребенка, смерти и др.).

Достоверность представленных мной сведений подтверждаю:

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(подпись заявителя, расшифровка)

К заявлению прилагаю следующие документы:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование документов | Количество экземпляров |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |

**Результат услуги прошу предоставить мне/представителю (при наличии доверенности) в виде:**

(отметьте только один вариант)

□ электронного документа, подписанного уполномоченным должностным лицом с использованием квалифицированной электронной подписи (посредством направления в личный кабинет интернет-портала [www.gosuslugi.ru](http://www.gosuslugi.ru));

□ документа на бумажном носителе в МФЦ;

□ документа на бумажном носителе в Филиале Учреждения;

□ почтовым отправлением;

□ по телефону.

**В целях регистрации и (или) дальнейшего информирования о ходе исполнения услуги (получения результата услуги) прошу:**

□ произвести регистрацию на интернет-портале [www.gosuslugi.ru](http://www.gosuslugi.ru) (в ЕСИА);

□ восстановить доступ на интернет-портале [www.gosuslugi.ru](http://www.gosuslugi.ru) (в ЕСИА);

□ подтвердить регистрацию учетной записи на интернет-портале [www.gosuslugi.ru](http://www.gosuslugi.ru) (в ЕСИА).

**В целях регистрации и дальнейшего информирования о ходе исполнения услуги (получения результата услуги) указывается следующая информация:**

СНИЛС ---;

номер мобильного телефона в федеральном формате ;

e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(если имеется);

гражданство – Российская Федерация/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование иностранного государства)

В случае, если документ, удостоверяющий личность – паспорт гражданина РФ:

серия, номер -\_\_\_ \_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

кем выдан - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата выдачи -\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_

код подразделения-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата рождения-\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

место рождения-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В случае, если документ, удостоверяющий личность – паспорт гражданина иностранного государства:

дата выдачи - \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_\_

дата окончания срока действия- \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_\_

**Прошу информировать меня о ходе исполнения услуги (получении результат услуги) через единый личный кабинет интернет-портала** [www.gosuslugi.ru](http://www.gosuslugi.ru) (для заявителей, зарегистрированных в ЕСИА) СНИЛС ---

(отметьте только один вариант)

\_\_\_ДА \_\_\_\_НЕТ

Документы принял:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| «\_» | \_\_\_\_\_\_ | 20\_\_\_ г. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | (подпись специалиста) | (фамилия специалиста) |

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ

Заявление и документы гр.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Регистрационный номер заявления | Дата представления документов | Подпись специалиста (расшифровка подписи) | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Приложение № 2

к Технологической схеме №15

|  |  |
| --- | --- |
|  | В Филиал ГКУ «Центр социальной  поддержки населения» в \_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  От \_Ивановой Марии\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_Ивановны\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата рождения 16.01.1996  Паспорт гражданина России:\_5300\_  \_\_123456\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Выдан:\_ОВД Ленинского района г.Оренбурга\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Проживающего(ей) по адресу:  \_г.Оренбург\_\_ул.Ленина, д.1, кв.1\_\_  Заявление № |

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении государственной услуги «Назначение и выплата областной ежеквартальной надбавки детям-инвалидам в возрасте до 18 лет, воспитывающимся в неполных семьях».

Прошу назначить МСП «Назначение и выплата областной ежеквартальной надбавки детям-инвалидам в возрасте до 18 лет, воспитывающимся в неполных семьях» в соответствии с НПД «Постановлением администрации Оренбургской области от 04.04.2002 № 55-п «О выплате областной ежеквартальной надбавки детям-инвалидам в возрасте до 18 лет» на основании категории: дети-инвалиды в возрасте до 18 лет, воспитывающиеся в неполных семьях

отношение к ребенку \_\_\_\_мать\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(мать, отец, опекун или другое лицо, нужное указать),

на ребенка:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Фамилия Имя Отчество ребенка (детей) | Дата рождения ребенка | Номер, серия, дата выдачи свидетельства о рождении |
| 1. | Иванов Иван Николаевич | 01.01.2016 | II-РА № 936728 от 15.01.2016 |
| 2. |  |  |  |

Дополнительно сообщаю: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ состав семьи неполный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Достоверность сообщаемых сведений подтверждаю.

Выплату производить (нужное указать):

1) через кредитную организацию \_\_\_\_\_Сбербанк 8623/057\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование банка)

счет N \_\_4230781011111111111\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

или

2) через почтовое отделение связи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Обязуюсь своевременно (не позднее, чем в месячный срок) сообщить о наступлении обстоятельств, влекущих изменение размера назначения или прекращение выплаты (о перемене места жительства, об

изменении состава семьи, снятие инвалидности у ребенка, смерти и др.).

Достоверность представленных мной сведений подтверждаю:

«\_16\_\_»\_\_\_\_\_03\_\_\_\_\_\_\_\_2018\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Иванова\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(подпись заявителя, расшифровка)

К заявлению прилагаю следующие документы:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование документов | Количество экземпляров |
| 1. | Копия свидетельства о рождении ребенка | 1 шт. |
| 2. | Копия свидетельства о расторжении брака | 1 шт. |
| 3. | Справка о совместном проживании с ребенком | 1 шт. |
| 4. | Копия справки МСЭ | 1 шт. |
| 5. |  |  |

**Результат услуги прошу предоставить мне/представителю (при наличии доверенности) в виде:**

(отметьте только один вариант)

□ электронного документа, подписанного уполномоченным должностным лицом с использованием квалифицированной электронной подписи (посредством направления в личный кабинет интернет-портала [www.gosuslugi.ru](http://www.gosuslugi.ru));

□ документа на бумажном носителе в МФЦ;

□ документа на бумажном носителе в Филиале Учреждения;

□ почтовым отправлением;

□ по телефону.

**В целях регистрации и (или) дальнейшего информирования о ходе исполнения услуги (получения результата услуги) прошу:**

□ произвести регистрацию на интернет-портале [www.gosuslugi.ru](http://www.gosuslugi.ru) (в ЕСИА);

□ восстановить доступ на интернет-портале [www.gosuslugi.ru](http://www.gosuslugi.ru) (в ЕСИА);

□ подтвердить регистрацию учетной записи на интернет-портале [www.gosuslugi.ru](http://www.gosuslugi.ru) (в ЕСИА).

**В целях регистрации и дальнейшего информирования о ходе исполнения услуги (получения результата услуги) указывается следующая информация:**

СНИЛС ---;

номер мобильного телефона в федеральном формате ;

e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(если имеется);

гражданство – Российская Федерация/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование иностранного государства)

В случае, если документ, удостоверяющий личность – паспорт гражданина РФ:

серия, номер -\_\_\_ \_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

кем выдан - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата выдачи -\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_

код подразделения-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата рождения-\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

место рождения-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В случае, если документ, удостоверяющий личность – паспорт гражданина иностранного государства:

дата выдачи - \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_\_

дата окончания срока действия- \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_\_

**Прошу информировать меня о ходе исполнения услуги (получении результат услуги) через единый личный кабинет интернет-портала** [www.gosuslugi.ru](http://www.gosuslugi.ru) (для заявителей, зарегистрированных в ЕСИА) СНИЛС ---

(отметьте только один вариант)

\_\_\_ДА \_\_\_\_НЕТ

Документы принял:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| «\_» | \_\_\_\_\_\_ | 20\_\_\_ г. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | (подпись специалиста) | (фамилия специалиста) |

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ

Заявление и документы гр.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Регистрационный номер заявления | Дата представления документов | Подпись специалиста (расшифровка подписи) | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Приложение № 3

к Технологической схеме №15

Согласие на обработку персональных данных гражданина

Я,

(фамилия, имя, отчество)

(вид документа, удостоверяющего личность)

выдан

(когда и кем)

Проживающий по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

настоящим даю свое согласие на обработку  
\_*филиалу ГКУ «Центр социальной поддержки населения» в*

(наименование и адрес оператора)

моих персональных данных, персональных данных членов моей семьи и подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую осознанно и в своих интересах и в интересах моих родственников.

согласие дается мною с целью *получения меры социальной поддержки*

и распространяется на следующую информацию:

(перечень персональных данных)

а также даю свою согласие на обработку специальных категорий персональных данных касающихся гражданства.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение, персональных данных, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными в соответствии с федеральным законодательством как с использованием средств автоматизации, так и без такового.

Даю свое согласие на передачу своих персональных данных в*\_\_\_ГКУ «Центр социальной поддержки населения»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Настоящее согласие вступает в силу со дня подписания и действует до достижения указанной цели обработки и последующего срока хранения документов, установленного законодательством Российской Федерации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_обязано прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения предоставления государственной услуги.

Контактный(ые) телефон(ы) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и почтовый адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_\_\_ г.

Приложение № 4

к Технологической схеме №15

Согласие на обработку персональных данных гражданина

Я,\_Иванова Мария Ивановна \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Фамилия, Имя, Отчество)

Паспорт серия \_5300 № \_123456\_ выдан \_22.01.2009 ОВД Ленинского района г.Оренбурга

(вид документа, удостоверяющего личность, когда и кем выдан)

проживающий (ая) по адресу: г. Оренбург, ул. Ленина, д.1, кв.1,

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

настоящим даю свое согласие на обработку ГКУ «Центр социальной поддержки населения и его филиалам\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование и адрес оператора)

моих персональных данных, персональных данных членов моей семьи *(в случае если при предоставлении меры социальной поддержки используются персональные данные других членов семьи)* и подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую осознанно и в своих интересах и в интересах моих родственников.

Согласие дается мною с целью предоставления государственной услуги «Назначение и выплата областной ежеквартальной надбавки детям-инвалидам в возрасте до 18 лет, воспитывающимся в неполных семьях»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

и распространяется на следующую информацию:

1. документ, удостоверяющий личность

2. документ, подтверждающий право на меры социальной поддержки

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными в соответствии с федеральным законодательством как с использованием средств автоматизации, так и без такового.

Указанные в согласии персональные данные передаются оператору для обработки *(указать наименование)* в:

* кредитую организацию \_ОСБ\_8623 счет 4230781011111111111\_\_
* почтовое отделение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Настоящее согласие вступает в силу со дня подписания и действует до достижения указанной цели обработки и последующего срока хранения документов, установленного законодательством Российской Федерации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных МФЦ, ГКУ «Центр социальной поддержки населения» и его филиалы обязано прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения предоставления государственной услуги.

Контактный(ые) телефон(ы) 89222222222 и почтовый адрес 450000 г.Оренбург, ул.

Ленина, д.1, кв.1

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_20\_" \_\_марта\_\_\_ 2018 г.

Приложение № 5

к Технологической схеме №15

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

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

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

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

УВЕДОМЛЕНИЕ

На основании Вашего [заявления](consultantplus://offline/ref=17A28DF19D1CAD63801CFC0980B5F9C7E6853C47B8106A390A0C0DE62AD72D1D492D47E4FCBDF67DCA6BCBU4Q1O) от \_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вам назначена областная ежеквартальная надбавка детям-инвалидам в

возрасте до 18 лет, воспитывающимся в неполных семьях (размер ежемесячной

выплаты) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руководитель

уполномоченного органа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка)

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

Исп. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_