

Приложение 4  
к Административному регламенту,  
предоставления Министерством  
социального развития Московской  
области государственной услуги  
по назначению ежегодной денежной  
выплаты инвалидам боевых действий,  
имеющим место жительства в  
Московской области

**Форма запроса о предоставлении Государственной услуги**

В \_\_\_\_\_  
(наименование территориального структурного подразделения)

Министерства социального развития Московской области

**Запрос  
о предоставлении государственной услуги по назначению ежегодной денежной  
выплаты**

Я, \_\_\_\_\_,  
(указать фамилию, имя, отчество (при наличии) Заявителя полностью),

дата рождения \_\_\_\_\_, пол  женский  мужской,  
(число, месяц, год)

зарегистрирован(а) по адресу: \_\_\_\_\_,  
(указать почтовый адрес места жительства: индекс, наименование региона, района, города, иного населенного пункта, улицы, номера дома, корпуса, квартиры)

тел: \_\_\_\_\_, адрес электронной почты: \_\_\_\_\_.

СНИЛС \_\_\_\_\_

(документ, удостоверяющий личность)	<b>Серия</b>	
	<b>Номер</b>	
	<b>Дата выдачи</b>	
	<b>Кем выдан</b>	
	<b>Код подразделения</b>	

Сведения о представителе Заявителя (заполняется в случае обращения представителя Заявителя):

\_\_\_\_\_ (указать фамилию, имя, отчество (при наличии) представителя Заявителя полностью)

дата рождения \_\_\_\_\_, адрес места жительства: \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

\_\_\_\_\_ (указать почтовый адрес места жительства: индекс, наименование региона, района, города, иного населенного пункта, улицы, номера дома, корпуса, квартиры)

тел: \_\_\_\_\_, адрес электронной почты: \_\_\_\_\_.

_____ (документ, удостоверяющий личность)	<b>Серия</b>	_____
	<b>Номер</b>	_____
	<b>Дата выдачи</b>	_____
	<b>Кем выдан</b>	_____

Документ, подтверждающий полномочия представителя заявителя:

Доверенность серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_  
дата выдачи \_\_\_\_\_, кем выдан \_\_\_\_\_.

Прошу назначить ежегодную денежную выплату по категории \_\_\_\_\_

(указать категорию в соответствии с Законом Московской области от 23.03.2006 № 36/2006-ОЗ «О социальной поддержке отдельных категорий граждан в Московской области»).

В целях назначения ежегодной денежной выплаты даю согласие на запрос: (необходимое отметить):

- сведений о месте жительства
- сведений об инвалидности

\_\_\_\_\_ (подпись заявителя/представителя заявителя)

Прошу перечислять ежегодную денежную выплату:

**на лицевой счет:** \_\_\_\_\_ (номер лицевого счета),

открытый в \_\_\_\_\_ (наименование кредитной организации или хозяйствующего субъекта),

БИК \_\_\_\_\_ ИНН \_\_\_\_\_,

КПП \_\_\_\_\_.

**в почтовое отделение:** \_\_\_\_\_ (номер почтового отделения, индекс и адрес).

Правильность сообщаемых мною сведений на день подачи документов для назначения ежегодной денежной выплаты подтверждаю. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка)

Предупрежден(а) о возврате выплаты в случае, если выплата произошла по моей вине в следующих случаях (нужное отметить):

- снятие с регистрационного учета по месту жительства в Московской области;

- неподтверждение группы инвалидности при прохождении очередного переосвидетельствования в учреждении медико-социальной экспертизы.

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» свободно, своей волей и в своем интересе даю свое информированное сознательное согласие на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку (включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, передачу (распространение, предоставление, доступ) Министерством социального развития Московской области, территориальным структурным подразделением Министерства социального развития Московской области моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, дату и место рождения, адрес места жительства, должность, сведения о месте работы, адрес электронной почты, контактный(е) телефон(ы), сведения об образовании, сведения о трудовой деятельности, сведения о семейном положении, сведения об инвалидности, сведения о службе и иные сведения, необходимые для достижения цели обработки персональных данных, – предоставление государственной услуги по назначению ежегодной денежной выплаты инвалидам боевых действий, имеющим место жительства в Московской области.

Настоящее согласие вступает в силу со дня его подписания, действует в течение неопределенного срока и может быть отозвано на основании письменного Запрос в порядке, установленном Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка)

С Порядком назначения ежегодных и ежемесячных денежных выплат отдельным категориям граждан, имеющих место жительства в Московской области, утвержденным постановлением Правительства Московской области от 19.12.2017 № 1083/46, ознакомлен(а).

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка)

Об ответственности за недостоверность предоставленных сведений, указанных в Запросе на предоставление ежегодной денежной выплаты, предупрежден(а).

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка)

Результат предоставления Государственной услуги прошу направить в личный кабинет на РПГУ в виде электронного документа – при подаче Запроса через РПГУ, либо в МФЦ (при наличии регистрации на РПГУ посредством ЕСИА).

Результат предоставления Государственной услуги прошу предоставить в МФЦ в виде распечатанного экземпляра электронного документа на бумажном носителе, заверенного подписью уполномоченного работника МФЦ и печатью МФЦ – при подаче Запроса в МФЦ или ТСП, либо в случае необходимости получения результата получения Государственной услуги при подаче Запроса через РПГУ.

О ходе рассмотрения и готовности результата предоставления услуги Заявитель (представитель Заявителя) уведомляется через личный кабинет на РПГУ [uslugi.mosreg.ru](http://uslugi.mosreg.ru).

Перечень документов, необходимых для назначения ежегодной денежной выплаты прилагаю:

№ п/п	Наименование документа	Реквизиты документа
1		
2		
3		
...		

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись Заявителя/ (представителя Заявителя) (расшифровка подписи)

Запрос и документы от \_\_\_\_\_  
ФИО Заявителя (представителя Заявителя)

принял \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(подпись) (расшифровка подписи)

Запрос и документы зарегистрированы \_\_\_\_\_  
(дата и регистрационный номер Запроса)

Приложение 5  
к Административному регламенту,  
предоставления Министерством  
социального развития Московской  
области государственной услуги  
по назначению ежегодной денежной  
выплаты инвалидам боевых действий,  
имеющим место жительства в  
Московской области

**Форма Согласия на обработку персональных данных**

**Согласие на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О (при наличии))

в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» свободно, своей волей и в своем интересе даю свое информированное сознательное согласие на обработку моих персональных данных Министерством социального развития Московской области, а также \_\_\_\_\_ управлением социальной защиты населения Министерства социального развития Московской области исключительно с целью получения государственной услуги «Назначение ежегодной денежной выплаты инвалидам боевых действий, имеющим место жительства в Московской области».

Данное согласие дается на обработку персональных данных, как без использования средств автоматизации, так и с их использованием.

В ходе обработки с персональными данными могут быть совершены следующие действия: сбор, запись, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, удаление, уничтожение.

Данное согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока и может быть отозвано на основании письменного заявления в произвольной форме.

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.