

Директору муниципального учреждения "Комплексный центр социального обслуживания населения" Правобережного района г. Магнитогорска  
А.А. Запьянцевой

от \_\_\_\_\_,

дата рождения: \_\_\_\_\_ СНИЛС: \_\_\_\_\_

серия и номер паспорта: \_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_

гражданство и место проживания: \_\_\_\_\_

контактный телефон: \_\_\_\_\_

от\*(1) \_\_\_\_\_,

фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя, наименование государственного органа, органа местного самоуправления, общественного объединения, представляющих интересы гражданина

реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя

реквизиты документа, подтверждающего личность представителя

адрес места жительства, адрес нахождения государственного органа, органа местного самоуправления, общественного объединения

### Заявление о предоставлении социальных услуг

Прошу предоставить мне социальные услуги в форме (формах): **срочного социального обслуживания**, оказываемые МУ «КЦСОН» Правобережного района г. Магнитогорска.

Нуждаюсь в социальных услугах:

В предоставлении социальных услуг нуждаюсь по следующим обстоятельствам \*(2):

- отсутствием работы и средств к существованию;
- утратой жилого помещения в результате чрезвычайных ситуаций, стихийных бедствий, пожара и тому подобного;
- наличием внутрисемейного конфликта, в том числе с лицами с наркотической или алкогольной зависимостью, лицами, имеющими пристрастие к азартным играм, лицами, страдающими психическими расстройствами, наличием насилия в семье;
- иными обстоятельствами, требующими предоставление неотложной социальной помощи: низкий уровень дохода, трудная жизненная ситуация и др. (нужное подчеркнуть).

Условия проживания: \_\_\_\_\_

Состав семьи: \_\_\_\_\_

Достоверность и полноту настоящих сведений подтверждаю.

Сведения о доходе, учитываемые для расчета величины среднедушевого дохода получателя(ей) социальных услуг \*(3): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О)

\_\_\_\_\_  
дата заполнения заявления

\*(1) Заполняется в случае, если заявление подается лицом или государственным органом, органом местного самоуправления, общественным объединением, представляющим интересы гражданина

\*(2) В соответствии со статьей 15 Федерального закона от 28 декабря 2013 г. N 442-ФЗ "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации"

\*(3) Статьи 31 и 32 Федерального закона от 28 декабря 2013 г. N 442-ФЗ "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации"

**СОГЛАСИЕ СУБЪЕКТА**  
на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_

(Фамилия, имя, отчество субъекта)

основной документ, удостоверяющий личность серия и номер паспорта

\_\_\_\_\_ (номер, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе)

в дальнейшем «Субъект», даю согласие МУ «КЦСОН» Правобережного района г. Магнитогорска, расположенному по адресу: Челябинская область, г. Магнитогорск, ул. Суворова, 123, далее «Оператор», на обработку персональных данных на следующих условиях:

1. Субъект дает согласие на обработку Оператором своих персональных данных, то есть совершение, в том числе, следующих действий: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, использование, распространение, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных.
2. Оператор обязуется использовать данные Субъекта в целях исполнения отдельных государственных полномочий в сфере социальной защиты населения, решения вопросов местного значения в сфере социальных отношений.
3. Типовой перечень персональных данных передаваемых Оператору на обработку: Фамилия, имя, отчество, дата рождения; место рождения; биографические сведения; сведения о местах обучения, сведения о местах работы; сведения о родителях; сведения о доходах, сведения о месте регистрации, проживания; контактная информация; паспортные данные.
4. Субъект персональных данных по письменному запросу имеет право на получение информации, касающейся обработки его персональных данных (в соответствии с п.4 ст. 14 ФЗ №152 от 27.06.2006г.).
5. При поступлении Оператору письменного заявления Субъекта о прекращении действия Соглашения, персональные данные уничтожаются установленным способом в течение 3 (трех) месяцев.
6. Настоящее разрешение действует до момента окончания предоставления услуги.

Субъект \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ (адрес фактической регистрации)