Начальнику отдела \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование отдела)

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

 казенного учреждения Чувашской Республики

 "Центр предоставления мер социальной поддержки"

 Министерства труда и социальной защиты

 Чувашской Республики

 от гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя отчество (последнее -

 при наличии)

 адрес регистрации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 адрес фактического проживания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 паспортные данные: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (дата выдачи, кем выдан, серия, номер)

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

 телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **ЗАЯВЛЕНИЕ**

 **о предоставлении государственной социальной помощи**

 **на основании социального контракта**

 Прошу предоставить мне (моей семье) государственную социальную помощь

на основании социального контракта в виде денежной выплаты, натуральной

помощи *(нужное подчеркнуть)*.

 Моя семья состоит из \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ человек.

|  |
| --- |
| **Сведения обо мне и членах семьи, зарегистрированных со мной по одному адресу:** |
| Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) | Год рождения | Родственные отношения | Основное занятие (работающий, работающий пенсионер, пенсионер по старости, пенсионер по инвалидности, безработный, в отпуске по уходу за ребенком, домохозяйка, студент, школьник, дошкольник) | Место работы и должность для работающих, место учебы для учащихся в настоящее время | Образование для лиц старше 15 лет |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  | заявитель |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 В таблице указываются запрашиваемые данные по всем членам семьи,

включая несовершеннолетних детей.

 **Жилищно-бытовые условия семьи:**

жилая площадь: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ кв. м; форма собственности: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

число комнат: \_\_\_\_\_\_\_.

 Качество дома (кирпичный, панельный, деревянный и т.п., в нормальном

состоянии, ветхий, аварийный - *нужное подчеркнуть*)

 Благоустройство жилища (водопровод, канализация, отопление, газ, ванна,

лифт, телефон и т.д. - *нужное подчеркнуть*)

**Сведения о недвижимости и ином имуществе, принадлежащем членам моей семьи**

**на праве собственности, владении земельным участком, крестьянским**

**подворьем, личным подсобным хозяйством:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Вид имущества | Адрес местонахождения (для автомобиля: марка и срок эксплуатации) | Принадлежность |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 **Состояние здоровья членов семьи (хорошее, плохое, очень плохое, наличие**

**инвалидности):**

 Заявитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Супруг (супруга) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Дети \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Другие совместно проживающие родственники \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Направления предполагаемой деятельности по выходу из трудной жизненной**

**ситуации (мнение заявителя)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

 Все совершеннолетние члены семьи трудоспособного возраста согласны на

заключение социального контракта:

 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) (подпись)

 2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) (подпись)

 3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) (подпись)

 4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) (подпись)

 5. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) (подпись)

 В качестве малоимущего одиноко проживающего гражданина (малоимущей

семьи) зарегистрирован(ы) \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

 В соответствии со статьей 9 Федерального закона "О персональных данных"

я и члены моей семьи даем свое согласие \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование отдела

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

 КУ "Центр предоставления мер социальной поддержки" Минтруда Чувашии)

на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации

обработку наших персональных данных и обработку данных, составляющих

налоговую тайну, лицами, участвующими в оказании государственной социальной

помощи на основании социального контракта, а именно на совершение действий,

предусмотренных пунктом 3 статьи 3 Федерального закона "О персональных

данных", со сведениями, представленными нами для реализации права на

государственную социальную помощь на основании социального контракта.

 Настоящее согласие дается на период до истечения сроков хранения

соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию,

определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации.

 Согласие может быть отозвано мною (членами моей семьи) путем подачи

письменного заявления в адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование отдела КУ "Центр предоставления

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

 мер социальной поддержки" Минтруда Чувашии)

 Обязуюсь известить отдел казенного учреждения Чувашской Республики

"Центр предоставления мер социальной поддержки" Министерства труда и

социальной защиты Чувашской Республики об изменениях обстоятельств,

являвшихся основанием для назначения либо продолжения оказания мне (моей

семье) государственной социальной помощи на основании социального

контракта, сведений о составе семьи, доходах и принадлежащем мне (моей

семье) имуществе на праве собственности, в течение двух недель со дня

наступления указанных изменений.

 Предупрежден об ответственности за сокрытие доходов и представление

документов с заведомо недостоверными сведениями, влияющими на право

получения государственной социальной помощи. Против проверки представленных

мной сведений и посещения семьи представителями казенного учреждения

Чувашской Республики "Центр предоставления мер социальной поддержки"

Министерства труда и социальной защиты Чувашской Республики не возражаю.

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