

ПРИЛОЖЕНИЕ  
к приказу Министерства  
труда и социального развития  
Мурманской области  
от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

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

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**на предоставление меры социальной поддержки в виде денежной выплаты на оплату  
проезда в медицинские организации и обратно беременным и родившим женщинам**

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			

**Льготный социальный статус (указать категорию):**

- беременная женщина, прошедшая диагностические исследования (скрининг) в медицинской организации государственной системы здравоохранения, расположенной на территории Мурманской области и находящейся за пределами территории проживания;
- родившая женщина, получившая услуги родовспоможения в медицинской организации государственной системы здравоохранения, расположенной на территории Мурманской области и находящейся за пределами территории проживания.

Выехала из населенного пункта \_\_\_\_\_ для получения медицинских  
услуг в \_\_\_\_\_  
(указать наименование медицинской организации, оказавшей медицинские услуги)

**Прошу предоставить мне:**

денежную выплату на оплату проезда в медицинские организации и обратно в соответствии с постановлением Правительства Мурманской области от 01.12.2012 948-ПП «О предоставлении меры социальной поддержки в виде денежной выплаты на оплату проезда в медицинские организации и обратно беременным и родившим женщинам»

Денежные средства прошу перечислять на расчетный счет № \_\_\_\_\_,  
открытый в \_\_\_\_\_.

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

в соответствии со статьей 13 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» согласна на предоставление медицинскими организациями государственным областным учреждениям социальной поддержки населения касающихся меня сведений, составляющих врачебную тайну, необходимых для принятия решения о предоставления денежных выплат на оплату стоимости проезда в медицинские организации и обратно.

О принятом решении о предоставлении мер социальной поддержки прошу сообщить по телефону или по электронной почте \_\_\_\_\_  
(указать адрес электронной почты)

\_\_\_\_\_  
Дата подачи заявления

\_\_\_\_\_  
Подпись

Данные, указанные в заявлении, соответствуют  
представленным документам

\_\_\_\_\_  
Подпись специалиста, принявшего 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.

\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

**Расписка-уведомление**

Заявление и др. документы гр. \_\_\_\_\_ принял.

Регистрационный номер заявления	Дата приема заявления	Подпись специалиста, принявшего документы	Расшифровка подписи