|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | В | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | (наименование центра социальной поддержки населения) | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | От | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | (фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных) | | | | | | | | | |
| ЗАЯВЛЕНИЕ  о согласии на обработку персональных данных  в министерстве социальной защиты населения Хабаровского края и подве-  домственных ему краевых государственных казенных учреждениях –  центрах социальной поддержки населения | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Я, |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | документ удостоверяющий личность: серия | | | | | | | | | | |  | | | № |  | |
|  | выдан | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | , |
|  | проживающий(ая) по адресу, | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | , |
|  | в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006г. №152-ФЗ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| "О персональных данных" даю свое согласие министерству социальной защиты населения Хабаровского края и подведомственным ему краевым государственным учреждениям социальной поддержки населения края (далее – органы социальной защиты населения Хабаровского края) на обработку и использование моих персональных данных и персональных данных членов моей семьи, а так же иных данных, которые необходимы для представления мер социальной поддержки, субсидий на оплату жилого помещения и коммунальных услуг, а так же иных видов государственной социальной помощи в соответствии с законодательством Российской федерации и Хабаровского края (далее – меры социальной поддержки) мне и членам моей семьи. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| №  п/п | Ф.И.О. | | | | | Дата рождения | | | | | | | | Реквизиты документа, удостоверяющего личность | | | |
| **1** | **2** | | | | | **3** | | | | | | | | **4** | | | |
| 1. |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | |
| 2. |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | |
| 3. |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | Я согласен (согласна) с тем, что для реализации моих прав на меры социальной | | | | | | | | | | | | | | | | |
| поддержки, органы социальной защиты населения Хабаровского края вправе осуществлять сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), передачу, использование моих персональных данных и персональных данных членов моей семьи в течении срока, необходимо для предоставления мер социальной поддержки, увеличенного на срок исковой давности. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Я не возражаю против того, что мои персональные данные и персональные | | | | | | | | | | | | | | | | |
| данные членов моей семьи могут быть получены органами социальной защиты населения Хабаровского края от третьих лиц и передаваться третьим лицам в соответствии с заключенными договорами и соглашениями, в целях обеспечения моих законных прав и интересов, а также для предоставления мер социальной поддержки. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Я даю согласие на хранение, обработку и передачу следующих данных обо мне | | | | | | | | | | | | | | | | |
| и членах моей семьи: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 1. Фамилия, имя, отчество, дата рождения.  2. Адреса регистрации, временной регистрации, фактического проживания, | | | | | | | | | | | | | | | | |
| телефоны. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 3. Реквизиты основных документов, удостоверяющих личность (серия, номер, | | | | | | | | | | | | | | | | |
| дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ). | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 4. Наименование и адрес места работы (учебы).  5. Сведения о трудовом стаже.  6. Данные о льготных категориях.  7. Документы, удостоверяющие право на получение мер социальной | | | | | | | | | | | | | | | | |
| поддержки. | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | 8. Сведения о доходах.  9. Перечень и размер предоставленных мер социальной поддержки.  10. Лицевые счета в кредитных организациях и информация, необходимая для | | | | | | | | | | | | | | | | |
| производства выплат и предоставления мер социальной поддержки. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 11. Характеристики занимаемого жилого помещения вид пользования жилым | | | | | | | | | | | | | | | | |
| помещением, данные о лицевых счетах на занимаемое жилое помещение в информационных системах поставщиков услуг. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 12. Другая персональная информация, необходимая для предоставления мне и | | | | | | | | | | | | | | | | |
| членам моей семьи мер социальной поддержки в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации и Хабаровского края. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Отзыв настоящего согласия в случаях предусмотренных Федеральным законом | | | | | | | | | | | | | | | | |
| от 27 июля 2007 г. № 152-ФЗ "О персональных данных", осуществляется на основании заявления поданного в органы социальной защиты населения Хабаровского края. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  |  | | | | | | | | |
| (подпись субъекта персональных данных) | | | | | | | |  | (фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных) | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| (дата) | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |