|  |  |
| --- | --- |
|  | ПРИЛОЖЕНИЕ № 1 к Порядку признания граждан нуждающимися в социальном обслуживании и составления индивидуальной программы предоставления социальных услуг государственными организациями социального обслуживания граждан Архангельской области, находящимися в ведении министерства труда, занятости и социального развития Архангельской области |

**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество (при наличии)

действующий(ая) за себя, от имени лица, законным представителем которого являюсь \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, если согласие дается законным представителем   
или иным представителем гражданина)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на обработку персональных данных, указанных  
 (согласен/не согласен)

в заявлении о предоставлении социального обслуживания и в прилагаемых к нему документах (заполнить нужное): государственным бюджетным учреждением социального обслуживания населения Архангельской области «Коношский комплексный центр социального обслуживания», расположенному по адресу: 164010 Архангельская область, пос. Коноша, ул. Театральная, д. 24 (далее – оператор) о себе и (или) лице, законным представителем которого (которых), в соответствии с федеральными законами от 27 июля 2006 года [№ 149-ФЗ](consultantplus://offline/ref=A9681D9E2E93E2D3C06CE42E221B6DB5C121A4ED71000205CC4DE3EEA8IDbFL) «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» и от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях [признания граждан](consultantplus://offline/ref=A5966FE60030F1BB846D299C3D05D6EC4F5D277E731C3179A29FEB50F6C08431A9651987EC81E2C645C04C9C1F45A0499B32B73529CE6F3284177B23S8J)ина нуждающимся в социальном обслуживании и составления индивидуальной программы предоставления социальных услуг.

Настоящее согласие дается на период до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован(а), что могу отозвать указанное согласие путем представления оператору заявления в простой письменной форме об отзыве данного в настоящем заявлении согласия на обработку персональных данных.

Мне известны последствия отзыва данного мною в настоящем заявлении согласия на обработку персональных данных, а именно: оператор блокирует персональные данные заявителя (прекращает их сбор, систематизацию, накопление, использование, в том числе передачу).

Настоящее согласие действует со дня его подписания.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.  (число, месяц, год) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (расшифровка подписи) |

При принятии решения в ходе рассмотрения вопроса о предоставлении социального обслуживания прошу направлять мне уведомления:

1) о переадресации заявления и документов в иную государственную организацию социального облуживания Архангельской области, находящуюся в ведении министерства труда, занятости и социального развития Архангельской области:

на адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

посредством СМС-сообщения на номер телефона (при условии фиксации отправки и доставки СМС-уведомления адресату):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ; |

иными способами через социального работника;

2)  о дате, времени проведения обследования условий жизнедеятельности гражданина:

на адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

посредством СМС-сообщения на номер телефона (при условии фиксации отправки и доставки СМС-уведомления адресату):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ; |

иными способами через социального работника;

3)  о признании гражданина нуждающимся в социальном обслуживании:

на адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

посредством СМС-сообщения на номер телефона (при условии фиксации отправки и доставки СМС-уведомления адресату):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ; |

иными способами через социального работника;

4)  об отказе в социальном обслуживании:

на адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

посредством СМС-сообщения на номер телефона (при условии фиксации отправки и доставки СМС-уведомления адресату):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ; |

иными способами через социального работника.

5)  о дате времени и месте получения индивидуальной программы предоставления социальных услуг:

на адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

посредством СМС-сообщения на номер телефона (при условии фиксации отправки и доставки СМС-уведомления адресату):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ; |

иными способами через социального работника.

Я подтверждаю, что по указанному мною в настоящем согласии номеру мобильного телефона отсутствует блокировка на входящие СМС-сообщения с коротких номеров и буквенных адресатов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(подпись)

С момента поступления на указанный мною в настоящем согласии номер мобильного телефона соответствующего СМС-сообщения я считаюсь уведомленным (извещенным) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(подпись)

Заполняется в случае подачи заявления законным представителем   
или доверенным лицом

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

(фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя или доверенного лица)

адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)

документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование)

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

(серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.  (число, месяц, год) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (расшифровка подписи) |

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

Заполняется специалистом государственной организации социального обслуживания Архангельской области, подведомственной министерству труда, занятости и социального обслуживания,   
или государственного автономного учреждения Архангельской области «Архангельский региональный многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг»

Заявление принял специалист \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись специалиста) (расшифровка подписи)

Регистрационный № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ г.

Расписку-уведомление получил

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.  (число, месяц, год) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (расшифровка подписи) |

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

Расписка-уведомление

(выдается заявителю)

Заявление и документы гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

принял специалист \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Регистрационный № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ г.»

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.  (число, месяц, год) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (расшифровка подписи) |