

Приложение № 2
к Порядку

В Филиал Государственного фонда поддержки участников
Специальной военной операции «Защитники отечества»
по Московской области

от _____
(фамилия, имя, отчество)

_____ (дата рождения)

Адрес регистрации по месту жительства (пребывания)
в Российской Федерации:

_____ Адрес фактического проживания в Российской Федерации:
(заполняется если отличается от места регистрации):

_____ Номер телефона:

Паспорт: серия _____ номер _____

_____ Дата выдачи

_____ Кем выдан:

_____ Адрес электронной почты (при наличии)

_____ СНИЛС:

_____ ФИО

_____ представителя

_____ (документ, подтверждающий полномочия)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о направлении сведений для получения комплексного сопровождения филиалом
Фонда члена семьи погибшего (умершего) участника СВО

Прошу оказать мне помощь в решении следующих вопросов:

- ☐ Комплексное сопровождение филиалом Фонда
- ☐ Оказание психологической помощи;
- ☐ Оказание юридической помощи;
- ☐ Содействие в трудоустройстве, профессиональная ориентация, обучение/переобучение;
- ☐ Содействие в получении удостоверения члена семьи погибшего (умершего) ветерана боевых действий;
- ☐ Содействие в получении медицинской помощи, медицинской реабилитации;
- ☐ Содействие в получении денежных выплат, связанных с гибелью военнослужащих (ежемесячная денежная выплата члену семьи погибшего ветерана боевых действий, пенсии по потере кормильца, содействие в оформлении страховых выплат «СОГАЗ», перевод пенсии из Социального Фонда в Минобороны России);

О себе сообщаю следующее:

3. Категория участника СВО:

- ☐ Член семьи погибшего (умершего) ветерана боевых действий
- ☐ Несовершеннолетний член семьи погибшего (умершего) ветерана боевых действий

☐ Дети старше 18 лет, обучающиеся в организациях, осуществляющих образовательную деятельность по очной форме обучения, но не более чем до достижения ими возраста до 23 лет

4. Наличие инвалидности (ДА/НЕТ)
(подчеркнуть)

Если ДА, группа инвалидности:

☐ I группа ☐ II группа ☐ III группа

Достоверность сообщенных сведений подтверждаю. Предупрежден(а) об ответственности за предоставление недостоверных сведений.

Против проверки представленных сведений, содержащихся в представленных мною документах, не возражаю.

Я, _____
(фамилия, имя, отчество заявителя)

настоящим даю согласие на обработку своих персональных данных посредством МФЦ Московской области, Службы развития МФЦ ГКУ Московской области «Центр компетенции госуправления».

Настоящее согласие выдано сроком на 1 (один) год и вступает в силу с момента его подписания.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий, в отношении персональных данных, которые необходимы для предоставления государственной услуги, включая: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Согласие может быть отозвано в любое время, на основании письменного заявления субъекта персональных данных

Дата _____

Подпись заявителя/_____/

(расшифровка подписи)