Директору государственного казенного учреждения Архангельской области

« Архангельский областной центр социальной

защиты населения»

 (наименование государственного учреждения социальной защиты населения Архангельской области)

от

(фамилия, имя, отчество (при наличии)

(адрес места жительства (места пребывания)

на территории Архангельской области)

(номер контактного телефона (при наличии)

**З А Я В Л Е Н И Е**

**o выплате компенсации уплаченной страховой премии по договору обязательного страхования гражданской ответственности владельцев транспортных средств**

Прошу выплатить компенсацию уплаченной мною страховой премии по договору обязательного страхования гражданской ответственности владельца транспортного средства в соответствии с Правилами выплаты инвалидам (в том числе детям-инвалидам), имеющим транспортные средства в соответствии с медицинскими показаниями, или их законным представителям компенсации уплаченной ими страховой премии по договору обязательного страхования гражданской ответственности владельцев транспортных средств, проживающим на территории Архангельской области, включая Ненецкий автономный округ, утвержденными постановлением Правительства Архангельской области от 12 октября 2012 года № 464-пп (далее соответственно – Порядок, компенсация).

Денежные средства (компенсацию) прошу перечислить

(сведения о реквизитах счета, открытого в кредитной организации)

 .

При принятии решения о ходе рассмотрения вопроса о выплате компенсации прошу направлять мне уведомления:

1. о назначении и выплате компенсации:

направить почтовым отправлением;

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

(подпись)

С момента поступления на указанный мною в настоящем заявлении номер мобильного телефона соответствующего СМС-сообщения я считаюсь уведомленным (извещенным) ;

(подпись)

иными способами ;

1. об отказе в предоставлении компенсации:

в письменной форме ;

(да/нет)

иными способами .

Я, ,

(фамилия, имя, отчество (при наличии)

 на обработку своих персональных данных

(согласен/не согласен)

и на обработку персональных данных

(согласен/не согласен)

,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, в интересах которого действует законный представитель, указываются при обращении с заявлением законного представителя)

указанных в настоящем заявлении и в прилагаемых к нему документах,

 ГКУ Архангельской области «Архангельский областной центр социальной защиты

(полное наименование государственного учреждения социальной защиты населения

Архангельской области)

 населения»

(далее – оператор), расположенным по адресу: 163069 г.Архангельск, ул.Гайдара, д.4 кор.1

,

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня,

проспект, улица, дом, корпус)

государственным автономным учреждением Архангельской области

«Архангельский региональный многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг» (далее – оператор), расположенным по адресу:

,

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

в соответствии с федеральными законами от 27 июля 2006 года № 149-ФЗ

«Об информации, информационных технологиях и о защите информации» и от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях выплаты компенсации в соответствии с Порядком.

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.

Приложение: 1.

 2.

 3.

« » г.

(число, месяц, год)

(подпись)

(расшифровка подписи)

П р и м е ч а н и е. Согласие на обработку персональных данных государственным автономным учреждением Архангельской области «Архангельский региональный многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг» заполняется, если гражданин обращается в связи с назначением и выплатой компенсации через данное учреждение.

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 работником государственного учреждения социальной защиты населения Архангельской области

Заявление принял специалист

(подпись)

Регистрационный № « » 20 г.

(расшифровка подписи)

РАСПИСКА – УВЕДОМЛЕНИЕ

(выдается заявителю)

Заявление и документы гр.

принял специалист

Регистрационный № « » 20 г.

« » г.

(число, месяц, год)

(подпись)

(расшифровка подписи)