

Приложение № 1
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 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 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);
- ☐ Адаптация жилого помещения под нужды инвалида;
- ☐ Обеспечение техническими средствами реабилитации.

О себе сообщаю следующее:

1. Категория участника СВО:

- ☐ Мобилизованный
- ☐ Военнослужащий по контракту

- ☐ Сотрудник ЧВК
☐ Лицо добровольческого формирования
☐ Защитник Донбасса

2. 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 работниками 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)