

ЗАРЕГИСТРИРОВАНО

Регистрационный № 110-119

От « 05 » 06 20 26 г.



**МИНИСТЕРСТВО СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ
АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ**

ПРИКАЗ

04.06.2026

№ 424

г. Благовещенск

В целях реализации постановления Правительства Амурской области от 31.07.2024 № 609 «Об утверждении Порядка предоставления дополнительных мер социальной поддержки отдельным категориям инвалидов (детей-инвалидов) по приспособлению жилых помещений с учетом потребностей инвалидов (детей-инвалидов)»

п р и к а з ы в а ю :

1. Утвердить:

форму заявления на обработку персональных данных заявителя в соответствии с приложением № 1 к настоящему приказу;

форму заявления на обработку персональных данных представителя заявителя в соответствии с приложением № 2 к настоящему приказу.

2. Настоящий приказ подлежит официальному опубликованию на «Официальном интернет-портале правовой информации» (www.pravo.gov.ru) и размещению на Портале Правительства Амурской области в информационно-телекоммуникационной сети Интернет (www.amurobl.ru).

Министр

Н.В. Киселёва

Приложение № 1
к приказу министерства
социальной защиты
населения
Амурской области
от 04.06.2026 № 424

Согласие на обработку персональных данных заявителя

Настоящим я, _____,
паспорт серии _____ № _____, выдан _____, код
подразделения _____, зарегистрированн _____ по адресу:
_____, в соответствии со статьей 9
Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», представляю
управлению социальной защиты населения _____
персональные данные с целью предоставления дополнительных мер социальной поддержки
отдельным категориям инвалидов (детей-инвалидов) по приспособлению жилых помещений
с учетом потребностей инвалидов (детей-инвалидов).

Я выражаю свое согласие на осуществление автоматизированной, а также без
использования средств автоматизации обработки персональных данных, включая сбор,
запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение),
извлечение, использование, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Перечень моих персональных данных, на обработку которых я даю согласие:

- фамилия, имя, отчество;
- фамилия, имя, отчество ребенка-инвалида;
- дата и место рождения;
- паспортные данные;
- адрес регистрации по месту жительства и адрес фактического места проживания;
- номер телефона (домашний, мобильный);
- страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС);
- справка, подтверждающая факт установления инвалидности, выданная ФГУ МСЭ;
- индивидуальная программа реабилитации и абилитации инвалида.

Настоящее согласие дано мной добровольно и действует со дня его подписания до дня отзыва
согласия в письменной форме.

(дата)

(подпись)

(расшифровка подписи)

Приложение № 2
к приказу министерства
социальной защиты
населения
Амурской области
от 04.06.2026 № 424

Согласие на обработку персональных данных представителя заявителя

Настоящим я, _____,
паспорт серии _____ № _____, выдан _____, код
подразделения _____, зарегистрированн__ по адресу:
_____, являющийся представителем
_____ по доверенности от
«_____» _____ 20____ г. № _____ в соответствии со статьей 9 Федерального закона
от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», представляю управлению социальной
защиты населения _____ персональные данные с
целью предоставления дополнительных мер социальной поддержки отдельным категориям
инвалидов (детей-инвалидов) по приспособлению жилых помещений с учетом потребностей
инвалидов (детей-инвалидов).

Я выражаю свое согласие на осуществление автоматизированной, а также без
использования средств автоматизации обработки персональных данных, включая сбор,
запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение),
извлечение, использование, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Перечень моих персональных данных, на обработку которых я даю согласие:

- фамилия, имя, отчество;
- фамилия, имя, отчество ребенка-инвалида;
- дата и место рождения;
- паспортные данные;
- адрес регистрации по месту жительства и адрес фактического места проживания;
- номер телефона (домашний, мобильный);
- страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС);
- справка, подтверждающая факт установления инвалидности, выданная ФГУ МСЭ;
- индивидуальная программа реабилитации и абилитации инвалида.

Настоящее согласие дано мной добровольно и действует со дня его подписания до дня отзыва
согласия в письменной форме.

(дата)

(подпись)

(расшифровка подписи)