



СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я _____

СНИЛС	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Проживающий (ая) по адресу:

Населенный пункт	Улица (переулок)	Номер дома	Корпус	Номер квартиры
г. Арамил				

Дата рождения: _____ г.

Паспорт:	
Серия	
Номер	
Выдан (дата)	
Кем выдан	

В соответствии со ст. 9 от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных Подразделением по осуществлению начислений субсидий и компенсаций расходов по оплате жилого помещения и коммунальных услуг при Администрации Арамилского городского округа (адрес: 624000, город Арамил, улица 1 Мая, дом 12, кабинет 18), с целью подготовки и направления межведомственных запросов при предоставлении государственной услуги «Прием заявлений и организация предоставления гражданам субсидий на оплату жилого помещения и коммунальных услуг» и иных целей, связанных с деятельностью Подразделения.

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие: фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес места жительства, серия, номер и дата выдачи паспорта, наименование выдавшего паспорт органа (иного документа, удостоверяющего личность), информация о назначенных и выплаченных суммах компенсаций, пособий, СНИЛС, номер счета по вкладу (счета банковской карты).

Срок действия моего согласия считать с момента подписания данного заявления на срок: бессрочно. Отзыв настоящего согласия в случаях, предусмотренных Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», осуществляется на основании моего заявления.

« _____ » _____ 20 _____ г.

(подпись)

Приложение № 3

к Административному регламенту по предоставлению государственной услуги «Прием заявлений и организация предоставления гражданам субсидий на оплату жилых помещений и коммунальных услуг», утвержденного Постановлением Администрации Арамилского городского округа

ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ ЗАЯВЛЕНИЙ ГРАЖДАН О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ СУБСИДИИ НА ОПЛАТУ ЖИЛОГО ПОМЕЩЕНИЯ И КОММУНАЛЬНЫХ УСЛУГ

Регистрационный номер	Дата приема заявления	Фамилия, имя, отчество заявителя	Адрес заявителя	Категория заявителя	Дата рассмотрения заявления	Результат рассмотрения заявления (сумма субсидии)	Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8

В журнале пронумеровано и прошнуровано _____ листов
М.П. Заверено: Директор МКУ «ЦБС ОМС и МУ АГО» _____

(подпись)

Приложение № 4

к Административному регламенту по предоставлению государственной услуги «Прием заявлений и организация предоставления гражданам субсидий на оплату жилых помещений и коммунальных услуг», утвержденного Постановлением Администрации Арамилского городского округа

Муниципальное казенное учреждение «Центр бухгалтерского сопровождения органов местного самоуправления и муниципальных учреждений Арамилского городского округа»
(МКУ «ЦБС ОМС и МУ АГО»)
Отдел по начислению субсидий и компенсаций
624001, Свердловская область, г. Арамил, ул. 1 Мая, д. 12, каб. № 18. Тел.: 8 (343) 385-32-81 (доб. 1070)

РЕШЕНИЕ-УВЕДОМЛЕНИЕ № _____ от _____ г. О ПРИОСТАНОВЛЕНИИ РАССМОТРЕНИЯ ЗАЯВЛЕНИЯ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ СУБСИДИИ

ФИО заявителя: _____
Место постоянного жительства: _____

Населенный пункт	Улица (переулок)	Номер дома	Корпус	Номер квартиры
г. Арамил				

Вам приостанавливается рассмотрение заявления о предоставлении субсидии на оплату жилого помещения и коммунальных услуг по причине:

Начальник отдела _____ / (подпись) ФИО

Ведущий специалист _____ / (подпись) ФИО

М.П.

Приложение № 5
к Административному регламенту по предоставлению государственной услуги «Прием заявлений и организация предоставления гражданам субсидий на оплату жилых помещений и коммунальных услуг», утвержденного Постановлением Администрации Арамилского городского округа

БЛОК-СХЕМА ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ДЕЙСТВИЙ ПРИ ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ УСЛУГИ



Приложение № 6

к Административному регламенту по предоставлению государственной услуги «Прием заявлений и организация предоставления гражданам субсидий на оплату жилых помещений и коммунальных услуг», утвержденного Постановлением Администрации Арамилского городского округа

Муниципальное казенное учреждение «Центр бухгалтерского сопровождения органов местного самоуправления и муниципальных учреждений Арамилского городского округа»
(МКУ «ЦБС ОМС и МУ АГО»)
Отдел по начислению субсидий и компенсаций
624001, Свердловская область, г. Арамил, ул. 1 Мая, д. 12, каб. № 18. Тел.: 8 (343) 385-32-81 (доб. 1070)

РЕШЕНИЕ-УВЕДОМЛЕНИЕ № _____ от _____ г. О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ СУБСИДИИ

ФИО заявителя: _____
Паспорт: серия _____ номер _____ выдан _____
Место постоянного жительства: _____

Населенный пункт	Улица (переулок)	Номер дома	Корпус	Номер квартиры
г. Арамил				

Вам и членам Вашей семьи предоставлена субсидия на оплату жилого помещения и коммунальных услуг на период с _____ г. по _____ г. ежемесячно в размере _____ руб.

В соответствии с п. 27 «Правил предоставления субсидий на оплату жилого помещения и коммунальных услуг», утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 14 декабря 2005 г. № 761 «О предоставлении субсидий на оплату жилого помещения и коммунальных услуг» не позднее 10 рабочих дней со дня истечения срока предоставления субсидии необходимо предоставить документы или их копии, подтверждающие фактические расходы на оплату жилого помещения и коммунальных услуг, понесенные ежемесячно в течение срока получения последней субсидии.

Начальник отдела _____ / (подпись) ФИО

Ведущий специалист _____ / (подпись) ФИО

М.П.

Приложение № 7

к Административному регламенту по предоставлению государственной услуги «Прием заявлений и организация предоставления гражданам субсидий на оплату жилых помещений и коммунальных услуг», утвержденного Постановлением Администрации Арамилского городского округа

Муниципальное казенное учреждение «Центр бухгалтерского сопровождения органов местного самоуправления и муниципальных учреждений Арамилского городского округа»
(МКУ «ЦБС ОМС и МУ АГО»)
Отдел по начислению субсидий и компенсаций
624001, Свердловская область, г. Арамил, ул. 1 Мая, д. 12, каб. № 18. Тел.: 8 (343) 385-32-81 (доб. 1070)

РЕШЕНИЕ-УВЕДОМЛЕНИЕ № _____ от _____ г. ОБ ОТКАЗЕ В ПРЕДОСТАВЛЕНИИ СУБСИДИИ

ФИО заявителя: _____
Место постоянного жительства: _____

Населенный пункт	Улица (переулок)	Номер дома	Корпус	Номер квартиры
г. Арамил				

Вам и членам Вашей семьи отказано в предоставлении субсидии на оплату жилого помещения и коммунальных услуг по причине:

Начальник отдела _____ / (подпись) ФИО

Ведущий специалист _____ / (подпись) ФИО

М.П.