



**Министерство труда и социальной защиты населения
Забайкальского края**

ПРИКАЗ

« 30 » ноября 2023 г.

№ 1642

г. Чита

Об утверждении форм заявления о предоставлении компенсации расходов за первичное медицинское обследование и согласия на обработку персональных данных участников государственной программы Забайкальского края «Содействие занятости населения» и членов их семей

В соответствии с пунктом 7 Порядка компенсации расходов за первичное медицинское обследование участникам государственной программы Забайкальского края «Содействие занятости населения» (далее – участникам государственной программы) и членам их семей, утвержденного постановлением Правительства Забайкальского края от 14 ноября 2023 года № 561, Положением о Министерстве труда и социальной защиты населения Забайкальского края, утвержденным постановлением Правительства Забайкальского края от 27 декабря 2016 года № 502, **п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить прилагаемую форму заявления о предоставлении компенсации расходов за первичное медицинское обследование участникам государственной программы и членам их семей.
2. Утвердить прилагаемую форму согласия на обработку персональных данных участника государственной программы и членов его семьи.
3. Разместить (опубликовать) настоящий приказ на сайте в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» «Официальный интернет-портал правовой информации исполнительных органов государственной власти Забайкальского края» (<http://право.зabaykalskiykray.rf>), на официальном сайте Министерства труда и социальной защиты населения Забайкальского края (<https://minsoc.75.ru>).

И.о. министра

Е.В.Нижегородцева

УТВЕРЖДЕНО
приказом Министерства труда и
социальной защиты населения
Забайкальского края
от 30 января 2022 № 1642

ФОРМА

Руководителю Государственного казенного
учреждения «Краевой центр социальной
защиты населения» Забайкальского
края _____
(фамилия, имя, отчество)

от участника Государственной программы
по оказанию содействия добровольному
переселению в Российскую Федерацию
соотечественников, проживающих за
рубежом (далее – участник
Государственной программы),

_____ (фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии))

контактный телефон: _____.

ЗАЯВЛЕНИЕ

**о предоставлении компенсации затрат на прохождение первичного медицинского
обследования участнику Государственной программы и членам его семьи**

Прошу возместить стоимость затрат на прохождение первичного медицинского
обследования в _____
(указать наименование медицинской организации)

в размере _____ (_____) рублей
(числом) (прописью)

_____ (_____) копеек и перечислить денежные средства на счет
(числом) (прописью)

_____ (указать номер расчетного счета и реквизиты кредитной организации)

Ранее я и (или) члены моей семьи компенсацию затрат на прохождение первичного
медицинского обследования не получал.

Сведения об участнике Государственной программы и членах его семьи¹:

1. Наименование документа, удостоверяющего личность участника Государственной программы, _____,
серия _____ номер _____

_____ (когда и кем выдан)

2. Свидетельство участника Государственной программы по оказанию содействия добровольному переселению в Российскую Федерацию соотечественников, проживающих за рубежом _____ № _____,

_____ (когда и кем выдано)

_____, срок действия свидетельства _____

3. Место регистрации: _____

3. Место фактического проживания: _____

5. Сведения о членах семьи участника Государственной программы по оказанию содействия добровольному переселению в Российскую Федерацию соотечественников, проживающих за рубежом

№ п/п	Степень родства	Фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии)	Документ, удостоверяющий личность (серия, номер, когда и кем выдан)	Место регистрации	Место фактического проживания
1					

Я, _____

_____ (Фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии))

предупрежден(а) об ответственности за достоверность представляемых ГКУ «Краевой центр социальной защиты населения» Забайкальского края сведений и документов в соответствии с законодательством Российской Федерации.

¹ Заполняется собственноручно

Направление уведомления о принятом решении по вопросу предоставления компенсации расходов на первичное медицинское обследование прошу осуществлять следующим способом:

_____ (личное вручение, почтовое отправление)

К заявлению прилагаю следующие документы:

1. _____
2. _____
3. _____

_____ дата

_____ подпись

_____ расшифровка подписи

УТВЕРЖДЕНО
приказом Министерства труда и
социальной защиты населения
Забайкальского края
от 30 октября 2012 г. № 1692

ФОРМА

**СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных**

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

зарегистрирован(а) по адресу: _____

_____,
документ, удостоверяющий личность

(наименование, номер, серия, когда и кем выдан)

даю согласие оператору – Государственному казенному учреждению «Краевой центр социальной защиты населения» Забайкальского края на обработку моих персональных данных:

- 1) фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии);
- 2) реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, когда и кем выдан);
- 3) место регистрации и фактической регистрации;
- 4) номер контактного телефона;
- 5) реквизиты свидетельства участника Государственной программы по оказанию содействия добровольному переселению в Российскую Федерацию соотечественников, проживающих за рубежом (серия, номер, дата и место выдачи);
- 6) сведения о совместно переселяющихся членах моей семьи (степень родства, фамилия, имя, отчество (при наличии), документ, удостоверяющий личность, адрес регистрации и фактического проживания) с целью получения возмещения стоимости затрат на проведение первичного медицинского обследования;
- 7) реквизиты лицевого счета, открытого в финансово-кредитной организации;
- 8) сведения, содержащиеся в документах, подтверждающих проведение первичного медицинского обследования мной и членами моей семьи.

Я согласен (согласна) на осуществление с указанными выше персональными данными следующих действий: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передача, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Я согласен (согласна) на передачу моих персональных данных в Министерство труда и социальной защиты населения Забайкальского края и кредитную организацию для компенсации затрат на прохождение первичного медицинского обследования.

Настоящее согласие может быть отозвано путем направления мною соответствующего письменного уведомления оператору – Государственному казенному учреждению «Краевой центр социальной защиты населения» Забайкальского края.

Настоящее согласие действует на период до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии)

дата

подпись
