**Уважаемые Коллеги!**

Граждане РФ, достигшие возраста 60 лет и старше на дату прохождения вакцинации против новой коронавирусной инфекции (COVID-19), прошедшим полный курс вакцинации (даты получения второго компонента двухкомпонентной вакцины либо однокомпонентной вакцины) от новой коронавирусной инфекции (COVID-19) в период с 1 января по 14 марта 2022 г. (включительно), либо которые ревакцинированы в указанный период, имеют право на единовременную выплату в размере 2 000 рублей.

Для получения единовременной выплаты заявители обращаются не позднее 31 марта 2022 г. (включительно):

* в государственное казенное учреждение Республики Марий Эл - центр предоставления мер социальной поддержки населению в городе (районе) Республики Марий Эл (далее - центр социальной поддержки населения) по месту жительства
* либо в многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг

с письменным [заявлением](consultantplus://offline/ref=1921E0B21D983C0FAFAFD3A1FA425010BD08AE569B420E9A2AED0F49DB73A663B2D6C81508283CA144BE189414FA6C4ACCEF2045670D3B6F4BF798sEh5K) и предъявляет следующие документы:

* паспорт гражданина Российской Федерации или иной документ, удостоверяющий личность заявителя;
* сертификат о прохождении вакцинации против новой коронавирусной инфекции (COVID-19).

Основание: Постановление Правительства Республики Марий Эл от 19 января 2022 г. N 16.

**Форма заявления**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | В государственное казенное учреждение Республики Марий Эл "Центр предоставления мер социальной поддержки населению  в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование города/района Республики Марий Эл)  от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (фамилия, имя, отчество (при наличии))  проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  паспорт: серия \_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата и место выдачи)  тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Заявление | | | |
| Прошу предоставить единовременную выплату в соответствии с постановлением Правительства Республики Марий Эл "О предоставлении единовременной выплаты гражданам в возрасте 60 лет и старше, осуществившим вакцинацию против новой коронавирусной инфекции (COVID-19)".  Единовременную выплату прошу перечислить через кредитную организацию/организацию федеральной почтовой связи (нужное подчеркнуть).  Сведения о кредитной организации/организации федеральной почтовой связи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование)  счет N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (номер счета) | | | |
| "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2022 г. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (расшифровка подписи) |

**Согласие на обработку персональных данных**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (фамилия, имя, отчество (при наличии)  адрес регистрации по месту жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  адрес фактического проживания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия и номер, дата выдачи, выдавший орган): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  в соответствии со [статьей 9](consultantplus://offline/ref=52F8BB7318BA52B7B697A865EEB2315323821289AFDB41D08AD98A1B6D549951E2B96FE2B1413F9A13E0D278B237A4A3F7F94052489B4A64q2x2K) Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных" даю свое согласие \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование государственного органа)  на обработку моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество (при наличии), пол, год, месяц, дату и место рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность, адрес регистрации по месту жительства и фактического проживания, гражданство, контактный телефон, с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, в том числе: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.  Настоящее согласие действует до достижения целей обработки персональных данных или в течение срока хранения информации.  Настоящее согласие может быть мною отозвано в любое время путем направления письменного обращения. | | |
| "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2022 г. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (расшифровка подписи) |