



ПРАВИТЕЛЬСТВО АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 23 сентября 2025 г. № 818-пп

г. Архангельск

**О внесении изменений в некоторые постановления
Правительства Архангельской области в целях реализации
положений Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ
«О персональных данных»**

В соответствии с частью 2 статьи 4, пунктами 2 – 11 части 1 статьи 6, статьей 9, пунктами 2 – 10 части 2 статьи 10 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» Правительство Архангельской области **п о с т а н о в л я е т**:

1. Утвердить прилагаемые изменения, которые вносятся в некоторые постановления Правительства Архангельской области в целях реализации положений Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных».

2. Настоящее постановление вступает в силу со дня его официального опубликования.

**Первый заместитель Губернатора
Архангельской области –
председатель Правительства
Архангельской области**



А.В. Алсуфьев

УТВЕРЖДЕНЫ
постановлением Правительства
Архангельской области
от 23 сентября 2025 г. № 818-пп

ИЗМЕНЕНИЯ,
которые вносятся в некоторые постановления Правительства
Архангельской области в целях реализации положений
Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ
«О персональных данных»

1. В Порядке предоставления мер социальной поддержки по обеспечению жильем ветеранов, инвалидов и семей, имеющих детей-инвалидов, нуждающихся в улучшении жилищных условий, утвержденном постановлением администрации Архангельской области от 2 апреля 2007 года № 58-па:

- 1) подпункт 6 пункта 11 исключить;
- 2) подпункт 4 пункта 11¹ исключить;
- 3) подпункт 2 пункта 30² исключить;
- 4) приложение № 2 к указанному Порядку исключить.

2. В Порядке предоставления компенсации расходов на оплату жилого помещения и коммунальных услуг отдельным категориям граждан, утвержденном постановлением Правительства Архангельской области от 10 марта 2010 года № 61-пп:

1) в приложении № 1 к указанному Порядку слова «Даю согласие на получение, обработку и передачу моих персональных данных в соответствии с Федеральным законом “Об информации, информационных технологиях и о защите информации“ и Федеральным законом “О персональных данных”» исключить;

2) в приложении № 5 к указанному Порядку слова «Даю согласие на получение, обработку и передачу моих персональных данных в соответствии с Федеральным законом “Об информации, информационных технологиях и о защите информации” и Федеральным законом “О персональных данных”» исключить.

3. В постановлении Правительства Архангельской области от 12 октября 2012 года № 464-пп «О государственной программе Архангельской области “Социальная поддержка граждан в Архангельской области”»:

1) в Порядке оказания ранней помощи детям и их семьям в Архангельской области:

- а) подпункт 2 пункта 8 исключить;
- б) подпункт 2 пункта 29 исключить;
- в) приложения № 4 и 8 к указанному Порядку исключить;

2) Положение о порядке предоставления единовременной денежной выплаты женщинам, родившим первого ребенка в возрасте от 22 до 24 лет включительно, в Архангельской области исключить;

3) приложение к Порядку предоставления во временное безвозмездное пользование или прокат технических средств реабилитации, не входящих в федеральный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, изложить в следующей редакции:

«ПРИЛОЖЕНИЕ
к Порядку предоставления
во временное безвозмездное пользование
или прокат технических средств
реабилитации, не входящих в федеральный
перечень реабилитационных мероприятий,
технических средств реабилитации
и услуг, предоставляемых инвалиду
(в редакции постановления Правительства
Архангельской области
от 23 сентября 2025 г. № 818-пп)

(ф о р м а)

Руководителю

(наименование организации социального обслуживания,
находящейся в ведении Архангельской области)

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

(адрес места жительства (места пребывания) на территории
Архангельской области)

(номер контактного телефона)

З А Я В Л Е Н И Е

**о предоставлении технических средств реабилитации
в безвозмездное временное пользование или прокат**
(нужное подчеркнуть)

Прошу предоставить _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

« ____ » _____ Г. _____
 (число, месяц, год) (подпись) (расшифровка подписи)

Заполняется специалистом государственного учреждения

Заявление принял специалист _____
 (подпись) (расшифровка подписи)

Регистрационный № _____ « ____ » _____ 20 ____ г.

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ
 (выдается заявителю)

Заявление и документы гр. _____
 принял специалист _____

Регистрационный № _____ « ____ » _____ 20 ____ г.

(подпись)

(расшифровка подписи)

« ____ » _____ Г.»;
 (дата)

4) приложение № 2 к Порядку транспортного обслуживания инвалидов и детей-инвалидов специализированным транспортом государственных организаций социального обслуживания населения Архангельской области изложить в следующей редакции:

«ПРИЛОЖЕНИЕ № 2
 к Порядку транспортного обслуживания
 инвалидов и детей-инвалидов
 специализированным транспортом
 государственных организаций
 социального обслуживания
 населения Архангельской области
 (в редакции постановления
 Правительства Архангельской области
 от 23 сентября 2025 г. № 818-пп)

(ф о р м а)

Директору

 (наименование государственной организации
 социального обслуживания)

ОТ _____
 (фамилия, имя, отчество (при наличии),
 число, месяц, год рождения)

(наименование документа, удостоверяющего личность,
серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

(адрес места жительства: почтовый индекс, область, район,
город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус,
квартира)

(контактный телефон)

З А Я В Л Е Н И Е

о заключении договора о предоставлении специализированного транспортного средства

Прошу в соответствии с Порядком транспортного обслуживания инвалидов и детей-инвалидов специализированным транспортом государственных организаций социального обслуживания населения Архангельской области, утвержденным постановлением Правительства Архангельской области от 12 октября 2012 года № 464-пп (далее – Порядок), заключить договор о предоставлении специализированного транспортного средства.

Настоящим заявлением подтверждаю, что отношусь к категории граждан, указанных в пункте 3 Порядка.

За достоверность представленных сведений несу полную персональную ответственность.

Решение, принятое в ходе рассмотрения вопроса о заключении договора о предоставлении специализированного транспортного средства, прошу:

направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении;
непосредственно представить в месте нахождения государственной организации социального обслуживания населения Архангельской области.

Достоверность и полноту настоящих сведений подтверждаю.
Заполняется в случае подачи доверенным лицом (представителем):

(фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя или доверенного лица)

адрес места жительства: _____

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)

документ, удостоверяющий личность _____

(наименование документа, серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

(подпись)

(расшифровка подписи)

« ____ » _____ Г.
(дата)

Заполняется специалистом государственной организации социального обслуживания населения Архангельской области

Заявление принял специалист _____
(подпись) (расшифровка подписи)

Регистрационный № _____ « ____ » _____ 20 ____ г.

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ
(выдается заявителю)

Заявление и документы гр. _____
принял специалист _____

Регистрационный № _____ « ____ » _____ 20 ____ г.

(подпись)

(расшифровка подписи)

« ____ » _____ Г.»;
(дата)

5) в Порядке выплаты ежемесячной доплаты к пенсии инвалидам боевых действий в Афганистане и на Северном Кавказе, а также гражданам, ставшим инвалидами вследствие ранения, контузии, увечья или заболевания, полученных в связи с участием в специальной военной операции, проводимой на территориях Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики, Запорожской области, Херсонской области и Украины, или в связи с выполнением задач по отражению вооруженного вторжения на территорию Российской Федерации, в ходе вооруженной провокации на государственной границе Российской Федерации и территориях субъектов Российской Федерации, прилегающих к районам проведения указанной специальной военной операции:

а) приложение № 1 к указанному Порядку изложить в следующей редакции:

«ПРИЛОЖЕНИЕ № 1

к Порядку выплаты ежемесячной доплаты к пенсии инвалидам боевых действий в Афганистане и на Северном Кавказе, а также гражданам, ставшим инвалидами вследствие ранения, контузии, увечья или заболевания, полученных в связи с участием в специальной военной операции, проводимой на территориях Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики, Запорожской области, Херсонской области и Украины, или в связи с выполнением задач по отражению вооруженного вторжения на территорию Российской Федерации, в ходе вооруженной провокации на государственной границе Российской Федерации

и территориях субъектов Российской Федерации,
прилегающих к районам проведения
указанной специальной военной операции
(в редакции постановления
Правительства Архангельской области
от 23 сентября 2025 г. № 818-пп)

(ф о р м а)

Руководителю

(наименование государственного учреждения социальной
защиты населения Архангельской области)

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

(адрес места жительства (места пребывания) на территории
Архангельской области)

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок,
деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)

_____,
номер контактного телефона _____

(номер страхового свидетельства обязательного пенсионного
страхования заявителя или номер страхового свидетельства
государственного пенсионного страхования (при наличии))

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу назначить и выплачивать мне ежемесячную доплату к пенсии,
предусмотренную областным законом от 29 ноября 2005 года № 119-7-ОЗ
«О социальной поддержке инвалидов в Архангельской области», выплату
которой производить _____

(сведения о реквизитах организации почтовой связи или о реквизитах счета,
открытого в кредитной организации)

Сообщаю, что _____
(мне назначена (являюсь получателем))

пенсии по инвалидности, выплата которой осуществляется _____

(наименование уполномоченного органа, которым осуществляется выплата пенсии по инвалидности)

Сообщаю, что пенсия по старости мне _____
(назначена/не назначена)

В случае изменения моих места жительства (места пребывания), фамилии, имени, отчества, утраты мною статуса инвалида, о наступлении обстоятельств, в связи с которыми у меня возникает право на пенсию по старости, помещении моих детей на полное государственное обеспечение, лишении меня родительских прав на детей, наступлении иных обстоятельств, влекущих за собой прекращение или приостановление выплаты ежемесячной доплаты к пенсии либо изменение размера ежемесячной доплаты к пенсии, обязуюсь сообщить об этом в государственное учреждение по месту жительства (месту пребывания).

При принятии решения в ходе рассмотрения вопроса о назначении и выплате ежемесячной доплаты к пенсии прошу направлять мне уведомления:

1) о назначении, изменении размера выплаты, приостановлении выплаты, возобновлении выплаты, прекращении выплаты ежемесячной доплаты к пенсии:

на адрес электронной почты: _____;

посредством СМС-сообщения на номер телефона (при условии фиксации отправки и доставки СМС-уведомления адресату):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

иными способами _____;

2) об отказе в назначении и выплате, отказе в возобновлении ежемесячной доплаты к пенсии:

на адрес электронной почты: _____;

иными способами _____.

Я подтверждаю, что по указанному мной в настоящем согласии номеру мобильного телефона отсутствует блокировка на входящие СМС-сообщения с коротких номеров и буквенных адресатов _____.

(подпись)

С момента поступления на указанный мной в настоящем согласии номер мобильного телефона соответствующего СМС-сообщения я считаюсь уведомленным (извещенным) _____.

(подпись)

Приложение:

- 1.
- 2.
- 3.

(подпись)

(расшифровка подписи)

« ____ » _____ Г.
(дата)

Заполняется в случае подачи доверенным лицом (представителем):

(фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя или доверенного лица)

адрес места жительства: _____

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)

документ, удостоверяющий личность _____

(наименование документа, серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

« ____ » _____ Г.
(дата)

Заполняется специалистом государственного учреждения социальной защиты населения
Архангельской области.

Заявление принял специалист _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

Регистрационный № _____ « ____ » _____ 20 ____ г.

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ
(выдается заявителю)

Заявление и документы гр. _____
принял специалист _____

Регистрационный № _____ « ____ » _____ 20 ____ г.

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

« ____ » _____ Г.»;
(дата)

б) приложение № 3 к указанному Порядку изложить в следующей редакции:

«ПРИЛОЖЕНИЕ № 3

к Порядку выплаты ежемесячной доплаты к пенсии инвалидам боевых действий в Афганистане и на Северном Кавказе, а также гражданам, ставшим инвалидами вследствие ранения, контузии, увечья или заболевания, полученных в связи с участием в специальной военной операции, проводимой на территориях Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики, Запорожской области, Херсонской области и Украины, или в связи с выполнением задач по отражению вооруженного вторжения на территорию Российской Федерации, в ходе вооруженной провокации на государственной границе Российской Федерации и территориях субъектов Российской Федерации, прилегающих

к районам проведения указанной
специальной военной операции
(в редакции постановления
Правительства Архангельской области
от 23 сентября 2025 г. № 818-пп)

(ф о р м а)

Руководителю

(наименование государственного учреждения социальной
защиты населения Архангельской области)

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

(адрес места жительства (места пребывания) на территории
Архангельской области)

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок,
деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)

номер контактного телефона _____

(номер страхового свидетельства обязательного пенсионного
страхования заявителя или номер страхового свидетельства
государственного пенсионного страхования (при наличии))

З А Я В Л Е Н И Е**о возобновлении выплаты ежемесячной доплаты к пенсии**

Прошу возобновить выплату ежемесячной доплаты к пенсии, предусмотренной областным законом от 29 ноября 2005 года № 119-7-ОЗ «О социальной поддержке инвалидов в Архангельской области», и сообщаю следующие сведения:

1) о реквизитах организации почтовой связи или о реквизитах счета, открытого в кредитной организации _____;

2) об изменении фамилии, имени, отчества (при наличии) _____;

Сообщаю, что пенсия по старости мне _____.

(назначена/не назначена)

Приложение:

- 1.
- 2.
- 3.

_____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)
 « ____ » _____ Г.
 (дата)

Заполняется в случае подачи доверенным лицом (представителем):

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя или доверенного лица)
 адрес места жительства: _____
 _____ (почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)
 документ, удостоверяющий личность _____
 _____ (наименование документа, серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

_____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)
 « ____ » _____ Г.
 (дата)

Заполняется специалистом государственного учреждения социальной защиты населения
 Архангельской области

Заявление принял специалист _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

Регистрационный № _____ « ____ » _____ 20 ____ г.

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ
 (выдается заявителю)

Заявление и документы гр. _____
 принял специалист _____

Регистрационный № _____ « ____ » _____ 20 ____ г.

_____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)
 « ____ » _____ Г.»;
 (дата)

- б) в Порядке предоставления многодетным семьям денежной выплаты взамен предоставления им земельного участка в собственность бесплатно:
- а) подпункт 3 пункта 7 исключить;
 - б) в абзаце втором пункта 13 слова «, указанный в согласии на обработку персональных данных,» заменить словами «по месту жительства заявителя»;
 - в) приложение № 2 к указанному Порядку исключить;
- 7) в Порядке доставки граждан, имеющих право на получение услуг по использованию специализированного автотранспорта, проживающих

(пребывающих) в сельской местности, в медицинские организации, расположенные на территории Архангельской области:

а) в абзаце втором пункта 5 слова «при наличии согласия на обработку персональных данных по форме согласно приложению № 2 к настоящему Порядку» исключить;

б) приложение № 2 к указанному Порядку исключить;

8) в Порядке предоставления услуг по санаторно-курортному лечению отдельным категориям граждан:

а) приложение № 1 к указанному Порядку изложить в следующей редакции:

«ПРИЛОЖЕНИЕ № 1
к Порядку предоставления услуг
по санаторно-курортному лечению
отдельным категориям граждан
(в редакции постановления
Правительства Архангельской области
от 23 сентября 2025 г. № 818-пп)

(ф о р м а)

Руководителю государственного казенного
учреждения Архангельской области
«Архангельский областной центр
социальной защиты населения»

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

адрес места жительства на территории
Архангельской области:

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок,
деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)

номер контактного телефона _____

З А Я В Л Е Н И Е
о признании нуждающимся в предоставлении услуг
по санаторно-курортному лечению

Прошу признать меня нуждающимся в предоставлении услуг по санаторно-курортному лечению.

При принятии решения о ходе рассмотрения вопроса о признании нуждающимся в предоставлении услуг по санаторно-курортному лечению прошу направлять мне уведомления (извещения):

1) о признании нуждающимся в предоставлении услуг по санаторно-курортному лечению:

через мобильное приложение «Соцзащита»;

на адрес электронной почты: _____;

посредством СМС-сообщения на номер телефона (при условии фиксации отправки и доставки СМС-уведомления адресату):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

иными способами _____;

2) об отказе в признании нуждающимся в предоставлении услуг по санаторно-курортному лечению:

через мобильное приложение «Соцзащита»;

на адрес электронной почты: _____;

иными способами _____.

Я подтверждаю, что по указанному мной в настоящем заявлении номеру мобильного телефона отсутствует блокировка на входящие СМС-сообщения с коротких номеров и буквенных адресатов _____.

(подпись)

С момента поступления на указанный мною в настоящем заявлении номер мобильного телефона соответствующего СМС-сообщения я считаюсь уведомленным (извещенным) _____.

(подпись)

За достоверность представленных сведений несу полную персональную ответственность.

Заполняется в случае подачи доверенным лицом (представителем):

(фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя или доверенного лица)

адрес места жительства: _____

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)

документ, удостоверяющий личность _____

(наименование документа, серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

(подпись)

(расшифровка подписи)

« ____ » _____ Г.

(дата)

Заполняется специалистом государственного учреждения

Заявление принял специалист _____

(подпись)

(расшифровка подписи)

Регистрационный № _____ « ____ » _____ 20 ____ г.

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ
(выдается заявителю)

Заявление и документы гр. _____
 принял специалист _____
 Регистрационный № _____ « ____ » _____ 20 ____ г.

(подпись)

(расшифровка подписи)

« ____ » _____ Г.»;
(дата)

б) приложение № 4 к указанному Порядку изложить в следующей редакции:

«ПРИЛОЖЕНИЕ № 4
к Порядку предоставления услуг
по санаторно-курортному лечению
отдельным категориям граждан
(в редакции постановления
Правительства Архангельской области
от 23 сентября 2025 г. № 818-пп)

(ф о р м а)

Директору государственного бюджетного
 учреждения Архангельской области
 Центр реабилитации «Родник»

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

адрес места жительства на территории
 Архангельской области:

 (почтовый индекс, область, район, город, село, поселок,
 деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)

номер контактного телефона _____

З А Я В Л Е Н И Е
о предоставлении услуг по санаторно-курортному лечению

Прошу предоставить мне услуги по санаторно-курортному лечению
в период _____

(срок оказания услуг по санаторно-курортному лечению)

в соответствии с договором о предоставлении санаторно-курортного лечения.

Заполняется в случае подачи заявления законным представителем

(фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя)

адрес места жительства: _____

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)

документ, удостоверяющий личность _____

(наименование документа, серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

(подпись)

(расшифровка подписи)

« ____ » _____ Г.

(дата)

Заполняется специалистом государственного учреждения

Заявление принял специалист _____

(подпись)

(расшифровка подписи)

Регистрационный № _____ « ____ » _____ 20 ____ г.

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ

(выдается заявителю)

Заявление и документы гр. _____
принял специалист _____

Регистрационный № _____ « ____ » _____ 20 ____ г.

(подпись)

(расшифровка подписи)

« ____ » _____ Г.»;

(дата)

в) приложение № 5 к указанному Порядку изложить в следующей редакции:

«ПРИЛОЖЕНИЕ № 5
к Порядку предоставления услуг
по санаторно-курортному лечению
отдельным категориям граждан
(в редакции постановления
Правительства Архангельской области
от 23 сентября 2025 г. № 818-пп)

(ф о р м а)

Директору государственного бюджетного
учреждения Архангельской области Центр
реабилитации «Родник»

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

адрес места жительства на территории
Архангельской области:

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок,
деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)

номер контактного телефона _____

З А Я В Л Е Н И Е о предоставлении услуг

Прошу предоставить мне услуги по проживанию и питанию в период предоставления _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, получающего услуги
по санаторно-курортному лечению)

услуг по санаторно-курортному лечению.

В соответствии со справкой, выданной медицинской организацией,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, получающего услуги
по санаторно-курортному лечению)

нуждается в постоянном сопровождении.

Заполняется в случае подачи заявления законным представителем

(фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя)

адрес места жительства: _____

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)

документ, удостоверяющий личность _____

(наименование документа, серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

(подпись)

(расшифровка подписи)

« ____ » _____ Г.
(дата)

Заполняется специалистом государственного учреждения

Заявление принял специалист _____
 (подпись) (расшифровка подписи)

Регистрационный № _____ « ____ » _____ 20 ____ г.

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ
 (выдается заявителю)

Заявление и документы гр. _____
 принял специалист _____

Регистрационный № _____ « ____ » _____ 20 ____ г.

« ____ » _____ Г.»;
 (дата)

9) в Положении о порядке предоставления мер социальной поддержки гражданам, проживающим на территории муниципальных образований Архангельской области, где единственным видом транспорта является воздушный:

а) подпункт 11 пункта 13 исключить;

б) приложение № 2 к указанному Положению изложить в следующей редакции:

«ПРИЛОЖЕНИЕ № 2
 к Положению о порядке предоставления мер социальной поддержки гражданам, проживающим на территории муниципальных образований Архангельской области, где единственным видом транспорта является воздушный
 (в редакции постановления Правительства Архангельской области от 23 сентября 2025 г. № 818-пп)

(ф о р м а)

Руководителю государственного казенного учреждения Архангельской области

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

адрес места жительства (места пребывания) на территории Архангельской области:

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок,
деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)

адрес места пребывания:

(наименование государственной медицинской организации
Архангельской области, заполняется в случае нахождения
заявителя в указанной организации)

документ, удостоверяющий личность

(наименование)

(серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

номер контактного телефона _____

З А Я В Л Е Н И Е

о предоставлении права на бесплатный проезд воздушным транспортом

В связи с тем, что я являюсь (нуждаюсь)

(указать категорию, в соответствии с которой заявитель претендует
на предоставление права на бесплатный проезд)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) и адрес места жительства лица, сопровождение которого
осуществляется заявителем (заполняется, в случае сопровождения данных лиц))

прошу предоставить мне право на бесплатный проезд по маршруту

Уведомления о принимаемых решениях в ходе предоставления мне
права на бесплатный проезд воздушным транспортом в соответствии
с областным законом от 31 октября 2007 года № 429-21-ОЗ «О мерах
социальной поддержки жителей муниципальных образований Архангельской
области, где единственным видом транспорта является воздушный» прошу
направлять:

1) о предоставлении права на бесплатный проезд, переадресации заявления
и документов в иное обособленное подразделение государственного учреждения
социальной защиты населения Архангельской области:

через мобильное приложение «Соцзащита»;

на адрес электронной почты: _____;

посредством СМС-сообщения на номер телефона (при условии фиксации отправки и доставки СМС-уведомления адресату):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

иными способами _____.

2) об отказе в предоставлении права на бесплатный проезд:

на адрес электронной почты: _____;

иными способами _____.

Требование на приобретение проездного билета на проезд воздушным транспортом прошу (нужное подчеркнуть):

вручить лично;

направить почтовым отправлением;

через многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг и (или) привлекаемые им организации.

Я подтверждаю, что по указанному мной в настоящем заявлении номеру мобильного телефона отсутствует блокировка на входящие СМС-сообщения с коротких номеров и буквенных адресатов _____.

(подпись)

С момента поступления на указанный мною в настоящем заявлении номер мобильного телефона соответствующего СМС-сообщения я считаюсь уведомленным (извещенным) _____.

(подпись)

За достоверность представленных сведений несу полную персональную ответственность.

Заполняется в случае подачи доверенным лицом (представителем):

(фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя или доверенного лица)

адрес места жительства: _____

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)

документ, удостоверяющий личность _____

(наименование документа, серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

(подпись)

(расшифровка подписи)

« ____ » _____ Г.
(дата)

Заполняется специалистом государственного учреждения социальной защиты населения
Архангельской области

Заявление принял специалист _____
(подпись) (расшифровка подписи)

Регистрационный № _____ « ____ » _____ 20 ____ г.

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ

(выдается заявителю)

Заявление и документы гр. _____
 принял специалист _____
 Регистрационный № _____ « ____ » _____ 20 ____ г.

 (подпись)
 « ____ » _____ Г.»;
 (дата)

 (расшифровка подписи)

в) приложение № 4 к указанному Положению изложить в следующей редакции:

«ПРИЛОЖЕНИЕ № 4
 к Положению о порядке предоставления
 мер социальной поддержки гражданам,
 проживающим на территории
 муниципальных образований
 Архангельской области, где
 единственным видом транспорта
 является воздушный
 (в редакции постановления
 Правительства Архангельской области
 от 23 сентября 2025 г. № 818-пп)

(ф о р м а)

Руководителю государственного казенного
 учреждения Архангельской области

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

адрес места жительства (места пребывания)
 на территории Архангельской области:

 (почтовый индекс, область, район, город, село, поселок,
 деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)

документ, удостоверяющий личность

 (наименование)

 (серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

_____ ,

документ, удостоверяющий личность _____

_____ (наименование документа, серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

« ____ » _____ Г.
(дата)

Заполняется специалистом государственного казенного учреждения Архангельской области

Заявление принял специалист _____

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

Регистрационный № _____ « ____ » _____ 20 ____ г.

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ

(выдается заявителю)

Заявление и документы гр. _____
принял специалист _____

Регистрационный № _____ « ____ » _____ 20 ____ г.

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

« ____ » _____ Г.»;
(дата)

г) приложение № 5 к указанному Положению исключить;
10) приложение № 1 к Порядку предоставления меры социальной поддержки гражданам, страдающим хронической почечной недостаточностью, в Архангельской области изложить в следующей редакции:

«ПРИЛОЖЕНИЕ № 1
к Порядку предоставления меры
социальной поддержки гражданам,
страдающим хронической
почечной недостаточностью,
в Архангельской области
(в редакции постановления
Правительства Архангельской области
от 23 сентября 2025 г. № 818-пп)

(ф о р м а)

Руководителю государственного казенного
учреждения Архангельской области

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

адрес места жительства на территории
Архангельской области:

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок,
деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)

документ, удостоверяющий личность

(наименование)

(серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

номер контактного телефона _____

З А Я В Л Е Н И Е

о предоставлении меры социальной поддержки

Прошу в соответствии с областным законом от 14 февраля 2020 года № 218-14-ОЗ «О социальной поддержке граждан, страдающих хронической почечной недостаточностью, в Архангельской области» назначить ежемесячную денежную выплату на проезд к месту нахождения _____

(наименование медицинской организации)

для получения специализированной медицинской помощи методами заместительной почечной терапии (гемодиализ, перитонеальный диализ) и обратно (далее – денежная выплата), для:

(меня/несовершеннолетнего ребенка)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) несовершеннолетнего)

законным представителем которого я являюсь на основании _____

(реквизиты договора о приемной семье, с кем и когда заключен – при обращении приемного родителя;
реквизиты решения (акта) органа опеки и попечительства о назначении ребенку опекуна (попечителя) –
при обращении опекуна (попечителя)

Прошу перечислять денежную выплату на счет № _____

(сведения о реквизитах счета, открытого в российской кредитной организации)

Уведомления о принимаемых решениях в ходе предоставления мне права на денежную выплату прошу направлять:
через мобильное приложение «Соцзащита»;
на адрес электронной почты:

_____;
посредством СМС-сообщения на номер телефона:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

иными способами _____.

Я подтверждаю, что по указанному мной в настоящем заявлении номеру мобильного телефона отсутствует блокировка на входящие СМС-сообщения с коротких номеров и буквенных адресатов _____.

(подпись)

С момента поступления на указанный мною в настоящем заявлении номер мобильного телефона соответствующего СМС-сообщения я считаюсь уведомленным (извещенным) _____.

(подпись)

В случаях изменения сведений, указанных в настоящем заявлении, отсутствия необходимости оказания специализированной медицинской помощи, а также в случаях изменения места жительства обязуюсь сообщить об этом в государственное учреждение не позднее 10 дней со дня наступления перечисленных обстоятельств.

Достоверность и полноту настоящих сведений подтверждаю.

Заполняется в случае подачи доверенным лицом (представителем):

(фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя или доверенного лица)

адрес места жительства: _____

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)

документ, удостоверяющий личность _____

(наименование документа, серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

(подпись)

(расшифровка подписи)

« ____ » _____ Г.
(дата)

Заполняется специалистом государственного учреждения социальной защиты населения
Архангельской области

Заявление принял специалист _____
(подпись) (расшифровка подписи)

Регистрационный № _____ « ____ » _____ 20 ____ г.

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ
(выдается заявителю)

Заявление и документы гр. _____
принял специалист _____

Регистрационный № _____ « ____ » _____ 20 ____ г.

(подпись)
« ____ » _____ Г.»;
(дата)

(расшифровка подписи)

11) приложение к Порядку назначения и выплаты дополнительного ежемесячного материального обеспечения гражданам, награжденным государственными наградами, в Архангельской области изложить в следующей редакции:

«ПРИЛОЖЕНИЕ
к Порядку назначения и выплаты
дополнительного ежемесячного
материального обеспечения
гражданам, награжденным
государственными наградами,
в Архангельской области
(в редакции постановления
Правительства Архангельской области
от 23 сентября 2025 г. № 818-пп)

(ф о р м а)

Руководителю государственного казенного
учреждения Архангельской области

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

адрес места жительства:

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок,
деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)

документ, удостоверяющий личность

(наименование)

(серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

_____,
номер контактного телефона _____

За достоверность представленных сведений несую полную персональную ответственность.

Заполняется в случае подачи доверенным лицом (представителем):

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя или доверенного лица)

адрес места жительства: _____

_____ (почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)

документ, удостоверяющий личность _____

_____ (наименование документа, серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

« ____ » _____ Г.
(дата)

Заполняется специалистом государственного учреждения социальной защиты населения
Архангельской области

Заявление принял специалист _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

Регистрационный № _____ « ____ » _____ 20 ____ г.

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ
(выдается заявителю)

Заявление и документы гр. _____
принял специалист _____

Регистрационный № _____ « ____ » _____ 20 ____ г.

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

« ____ » _____ Г.»;
(дата)

12) приложение к Порядку назначения и выплаты дополнительного ежемесячного материального обеспечения гражданам, имеющим особые заслуги в развитии социальной сферы Архангельской области изложить в следующей редакции:

«ПРИЛОЖЕНИЕ
к Порядку назначения и выплаты
дополнительного ежемесячного
материального обеспечения гражданам,
имеющим особые заслуги
в развитии социальной сферы
Архангельской области

(в редакции постановления
Правительства Архангельской области
от 23 сентября 2025 г. № 818-пп)

(ф о р м а)

Руководителю государственного казенного
учреждения Архангельской области

от _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

адрес места жительства:

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок,
деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)

документ, удостоверяющий личность

(наименование)

(серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

номер контактного телефона _____

З А Я В Л Е Н И Е

о назначении и выплате дополнительного ежемесячного материального обеспечения

Прошу назначить мне дополнительное ежемесячное материальное обеспечение в соответствии с пунктом 4.5 статьи 3 областного закона от 10 ноября 2004 года № 262-33-ОЗ «О мерах социальной поддержки ветеранов, граждан, пострадавших от политических репрессий, и иных категорий граждан» (далее соответственно – дополнительное материальное обеспечение, областной закон № 262-33-ОЗ).

Заявляю, что отношусь к категории граждан, указанной в пункте 3 статьи 1 областного закона № 262-33-ОЗ.

Присвоено почетное звание _____

(указать наименование в соответствии с документами)

Заполняется специалистом государственного учреждения социальной защиты населения
Архангельской области

Заявление принял специалист _____
(подпись) (расшифровка подписи)

Регистрационный № _____ « ____ » _____ 20 ____ г.

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ
(выдается заявителю)

Заявление и документы гр. _____
принял специалист _____

Регистрационный № _____ « ____ » _____ 20 ____ г.

_____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)
« ____ » _____ Г.»;
(дата)

13) в Порядке доставки медицинских работников из медицинских организаций к гражданам, имеющим право на получение услуг по использованию специализированного автотранспорта, проживающим (пребывающим) в сельской местности, в целях оказания им медицинской помощи на дому, доставки гражданам, имеющим право на получение услуг по использованию специализированного автотранспорта, проживающим (пребывающим) в сельской местности, лекарственных средств, медицинских изделий, продуктов питания, предметов первой необходимости на территории Архангельской области:

а) в подпункте 2 пункта 19 слова «согласия на обработку персональных данных по форме согласно приложению № 1 к настоящему Порядку,» исключить;

б) в пункте 22 слова «, заполняет форму согласия на обработку персональных данных, переданную работником организации социального обслуживания» исключить;

в) абзац первый пункта 23 изложить в следующей редакции:

«23. Работник организации социального обслуживания принимает одно из следующих решений:»;

г) пункт 29 исключить;

д) приложение № 1 к указанному Порядку исключить;

14) в Положении о порядке назначения и предоставления государственной социальной помощи, оказываемой за счет средств областного бюджета (за исключением региональной социальной доплаты к пенсии и государственной социальной помощи на основании социального контракта):

а) раздел 3 приложения № 1 к указанному Положению изложить в следующей редакции:

«3. Заполните соответствующую информацию
о доставке государственной социальной помощи
в виде денежных выплат

Прошу государственную социальную помощь выплачивать через кредитную организацию:

Наименование кредитной
организации _____

Банковский идентификационный
код (БИК) кредитной организации _____

Номер счета заявителя _____

Дата « ___ » _____ 20 ___ г.

Подпись заявителя _____

Уведомления о принимаемых решениях в ходе назначения мне государственной социальной помощи прошу направлять посредством СМС-сообщения на номер телефона:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Я подтверждаю, что по указанному мной в настоящем заявлении номеру мобильного телефона отсутствует блокировка на входящие СМС-сообщения с коротких номеров и буквенных адресатов _____.
(подпись)

С момента поступления на указанный мной в настоящем заявлении номер мобильного телефона соответствующего СМС-сообщения я считаюсь уведомленным (извещенным) _____.
(подпись)

За достоверность представленных сведений несу полную персональную ответственность.

« ___ » _____ Г. _____ »;
(дата) (подпись заявителя) (расшифровка подписи заявителя)

б) в приложении № 2 к указанному Положению:
раздел 6 изложить в следующей редакции:

«6. Заполните соответствующую информацию
о доставке государственной социальной помощи в виде
денежных выплат

Прошу государственную социальную помощь выплачивать через кредитную организацию:

Наименование кредитной
организации

БИК кредитной организации

Номер счета заявителя

Дата « ___ » _____ 20 ___ г.

Подпись заявителя _____

Уведомления о принимаемых решениях в ходе назначения мне государственной социальной помощи прошу направлять посредством СМС-сообщения на номер телефона:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Я подтверждаю, что по указанному мной в настоящем заявлении номеру мобильного телефона отсутствует блокировка на входящие СМС-сообщения с коротких номеров и буквенных адресатов.

_____.

(подпись)

С момента поступления на указанный мной в настоящем заявлении номер мобильного телефона соответствующего СМС-сообщения я считаюсь уведомленным (извещенным) _____.

(подпись)

За достоверность представленных сведений несу полную персональную ответственность.

« ___ » _____ Г. _____»;

(дата)

(подпись заявителя)

(расшифровка подписи заявителя)

согласие родителя (законного представителя несовершеннолетнего) на обработку и предоставление персональных данных несовершеннолетнего исключить;

согласие супруги (супруга) заявителя на обработку и предоставление персональных данных исключить;

примечания 17 и 18 исключить;

в) приложение № 5 к указанному Положению изложить в следующей редакции:

«ПРИЛОЖЕНИЕ № 5
к Положению о порядке назначения
и предоставления государственной
социальной помощи, оказываемой
за счет средств областного бюджета
(за исключением региональной
социальной доплаты к пенсии
и государственной социальной помощи
на основании социального контракта)
(в редакции постановления
Правительства Архангельской области
от 23 сентября 2025 г. № 818-пп)

Руководителю государственного
казенного учреждения Архангельской
области «Архангельский областной
центр социальной защиты населения»

(ф о р м а)

З А Я В Л Е Н И Е
о получении требования на приобретение проездного
билета на проезд воздушным транспортом

Прошу предоставить государственную социальную помощь в виде предоставления проездных документов на проезд воздушным транспортом путем оформления требования на приобретение проездного билета на проезд воздушным транспортом по следующему маршруту: _____ с целью _____.

Сведения о заявителе

Фамилия	
Имя	
Отчество (при наличии)	
Гражданство	
Сведения о документе, удостоверяющем личность (вид, дата выдачи, реквизиты) ¹	
Дата рождения (дд.мм.гггг)	

¹ В случае указания в качестве документа, удостоверяющего личность: паспорта гражданина Российской Федерации – указываются серия и номер, дата выдачи паспорта, код подразделения, выдавшего паспорт, наименование органа, выдавшего паспорт;

свидетельства о рождении – указываются реквизиты записи акта о рождении (номер записи акта, дата составления записи акта и наименование органа, которым произведена государственная регистрация акта гражданского состояния).

² Указывается адрес места жительства (места пребывания).

³ Раздел заполняется в случае, предусмотренном подпунктом 3 пункта 31 настоящего Положения.»;

15) в Порядке предоставления на территории Архангельской области семьям с новорожденными детьми дополнительной меры социальной поддержки в виде предоставления подарочных комплектов детских принадлежностей:

а) в пункте 7 слова «, и подписании согласия на обработку персональных данных по форме согласно приложению № 1 к настоящему Порядку» исключить;

б) приложение № 1 к указанному Порядку исключить;

в) в приложении № 3 к указанному Порядку приложение к заявлению исключить;

16) приложение к Порядку предоставления ежегодной денежной выплаты отдельным категориям граждан, проживающих (пребывающих) на территории Архангельской области, ко Дню Победы в Великой Отечественной войне 1941 – 1945 годов изложить в следующей редакции:

«ПРИЛОЖЕНИЕ

к Порядку предоставления ежегодной денежной выплаты отдельным категориям граждан, проживающих (пребывающих) на территории Архангельской области, ко Дню Победы в Великой Отечественной войне 1941 – 1945 годов
(в редакции постановления Правительства Архангельской области от 23 сентября 2025 г. № 818-пп)

(ф о р м а)

Руководителю государственного казенного учреждения Архангельской области «Архангельский областной центр социальной защиты населения»

от _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

документ, удостоверяющий личность:

(серия, номер, дата выдачи, кем выдан, код подразделения)

адрес места жительства: _____

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня,
проспект, улица, дом, корпус, квартира)

адрес места пребывания: _____

(наименование государственного учреждения
Архангельской области – заполняется в случае нахождения
заявителя в указанном учреждении)

номер контактного телефона _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении ежегодной денежной выплаты

Прошу в соответствии пунктом 4.7 статьи 3 областного закона от 10 ноября 2004 года № 262-33-ОЗ «О мерах социальной поддержки ветеранов, граждан, пострадавших от политических репрессий, и иных категорий граждан» назначить ежегодную денежную выплату отдельным категориям граждан, проживающих (пребывающих) на территории Архангельской области, ко Дню Победы в Великой Отечественной войне 1941 – 1945 годов (далее соответственно – областной закон, ежегодная денежная выплата).

Заявляю, что отношусь к категории (нужное подчеркнуть):

- 1) лиц, являющихся инвалидами Великой Отечественной войны;
- 2) участников Великой Отечественной войны из числа лиц, указанных в подпункте 1 пункта 1 статьи 2 Федерального закона от 12 января 1995 года № 5-ФЗ «О ветеранах».

Прошу перечислять ежегодную денежную выплату:

_____.

(сведения о реквизитах организации почтовой связи или о реквизитах счета,
открытого в кредитной организации)

Уведомления о принимаемых решениях в ходе предоставления мне ежегодной денежной выплаты в соответствии с областным законом прошу направлять:

- 1) о назначении и возобновлении ежегодной денежной выплаты:
на адрес электронной почты _____;
посредством СМС-сообщения на номер телефона (при условии фиксации отправки и доставки СМС-уведомления адресату):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

иными способами _____;

2) об отказе в назначении ежегодной денежной выплаты, ее приостановлении и прекращении:

на адрес электронной почты _____;

иными способами _____.

Я подтверждаю, что по указанному мной в настоящем заявлении номеру мобильного телефона отсутствует блокировка на входящие СМС-сообщения с коротких номеров и буквенных адресатов _____.

(подпись)

С момента поступления на указанный мной в настоящем заявлении номер мобильного телефона соответствующего СМС-сообщения я считаюсь уведомленным (извещенным) _____.

(подпись)

За достоверность представленных сведений несу полную персональную ответственность.

« _____ » _____ Г. _____ (дата) _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи).

Заполняется в случае подачи заявления законным представителем или доверенным лицом:

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя или доверенного лица)

адрес места жительства: _____

_____ (почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)
документ, удостоверяющий личность _____

_____ (наименование документа, серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

« _____ » _____ Г. _____ (дата) _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

Заполняется специалистом государственного учреждения социальной защиты населения
Архангельской области

Заявление принял специалист _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

Регистрационный № _____ « _____ » _____ 20 _____ Г.

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ

(выдается заявителю)

Заявление и документы гр. _____
 принял специалист _____

 (подпись) _____ (расшифровка подписи)
 Регистрационный № _____ «___» _____ 20___ г.»;

17) приложение № 1 к Положению о порядке выплаты ежемесячной доплаты к пенсии и ежемесячной материальной помощи, предусмотренных областным законом от 19 сентября 2001 года № 63-8-ОЗ «О социальной защите членов семей граждан, погибших (умерших) в связи с участием в боевых действиях на территориях Афганистана, Северного Кавказа, а также членов семей граждан, погибших (умерших) в связи с участием в специальной военной операции, проводимой на территориях Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики, Запорожской области, Херсонской области и Украины, или в связи с выполнением задач по отражению вооруженного вторжения на территорию Российской Федерации, в ходе вооруженной провокации на Государственной границе Российской Федерации и территориях субъектов Российской Федерации, прилегающих к районам проведения указанной специальной военной операции» изложить в следующей редакции:

«ПРИЛОЖЕНИЕ № 1

к Положению о порядке выплаты ежемесячной доплаты к пенсии и ежемесячной материальной помощи, предусмотренных областным законом от 19 сентября 2001 года № 63-8-ОЗ «О социальной защите членов семей граждан, погибших (умерших) в связи с участием в боевых действиях на территориях Афганистана, Северного Кавказа, а также членов семей граждан, погибших (умерших) в связи с участием в специальной военной операции, проводимой на территориях Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики, Запорожской области, Херсонской области и Украины, или в связи с выполнением задач по отражению вооруженного вторжения на территорию Российской Федерации, в ходе вооруженной провокации на Государственной границе Российской Федерации и территориях субъектов Российской Федерации, прилегающих к районам проведения указанной специальной военной операции»

(в редакции постановления
 Правительства Архангельской области
 от 23 сентября 2025 г. № 818-пп)

Директору государственного казенного
учреждения Архангельской области
«Архангельский областной центр
социальной защиты населения»

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

документ, удостоверяющий личность:

(серия, номер, дата выдачи, кем выдан, код подразделения)

адрес места жительства: _____

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок,
деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)

адрес места пребывания: _____

(наименование государственного учреждения Архангельской
области – заполняется в случае нахождения заявителя
в указанном учреждении)

номер контактного телефона _____

З А Я В Л Е Н И Е

о назначении и выплате ежемесячной доплаты к пенсии или ежемесячной материальной помощи

Прошу назначить и выплачивать мне в соответствии с областным законом от 19 сентября 2001 года № 63-8-ОЗ «О социальной защите членов семей граждан, погибших (умерших) в связи с участием в боевых действиях на территориях Афганистана, Северного Кавказа, а также членов семей граждан, погибших (умерших) в связи с участием в специальной военной операции, проводимой на территориях Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики, Запорожской области, Херсонской области и Украины, или в связи с выполнением задач по отражению вооруженного вторжения на территорию Российской Федерации, в ходе вооруженной провокации на Государственной границе Российской Федерации и территориях субъектов Российской Федерации, прилегающих к районам проведения указанной специальной военной операции» (далее – областной закон от 19 сентября 2001 года № 63-8-ОЗ) (нужное подчеркнуть):

- 1) ежемесячную доплату к пенсии;

2) ежемесячную материальную помощь.

Прошу перечислять указанную в настоящем заявлении выплату (выплаты):

(сведения о реквизитах организации почтовой связи или о реквизитах счета, открытого в кредитной организации)

Уведомления о принимаемых решениях в ходе назначения мне выплат в соответствии с областным законом от 19 сентября 2001 года № 63-8-ОЗ прошу направлять:

1) о назначении и выплате ежемесячной доплаты к пенсии и (или) ежемесячной материальной помощи, о возобновлении выплаты ежемесячной доплаты к пенсии и (или) ежемесячной материальной помощи, о направлении запроса в иное государственное учреждение:

на адрес электронной почты _____;

посредством СМС-сообщения на номер телефона (при условии фиксации отправки и доставки СМС-уведомления адресату):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

иными способами _____;

2) об отказе в назначении ежемесячной доплаты к пенсии и (или) ежемесячной материальной помощи, о прекращении выплаты ежемесячной доплаты к пенсии и (или) ежемесячной материальной помощи, о приостановлении выплаты ежемесячной доплаты к пенсии и (или) ежемесячной материальной помощи:

на адрес электронной почты _____;

иными способами _____.

Я подтверждаю, что по указанному мной в настоящем заявлении номеру мобильного телефона отсутствует блокировка на входящие СМС-сообщения с коротких номеров и буквенных адресатов _____.

(подпись)

С момента поступления на указанный мной в настоящем заявлении номер мобильного телефона соответствующего СМС-сообщения я считаюсь уведомленным (извещенным) _____.

(подпись)

За достоверность представленных сведений несу полную персональную ответственность.

« _____ » _____ Г.

(дата)

(подпись)

(расшифровка подписи)

Заполняется в случае подачи заявления законным представителем или доверенным лицом:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя или доверенного лица)

адрес места жительства: _____

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)

документ, удостоверяющий личность _____

(наименование документа, серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

« ____ » _____ Г. _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)
(дата)

Заполняется специалистом государственного учреждения социальной защиты населения
Архангельской области

Заявление принял специалист _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

Регистрационный № _____ « ____ » _____ 20 ____ г.

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ

(выдается заявителю)

Заявление и документы гр. _____
принял специалист _____

Регистрационный № _____ « ____ » _____ 20 ____ г. _____ »;
(подпись) (расшифровка подписи)

18) приложение к Порядку предоставления меры социальной поддержки в виде единовременной денежной выплаты на газификацию расположенных на территории Архангельской области объектов индивидуального жилищного строительства, домов блокированной застройки отдельным категориям граждан изложить в следующей редакции:

«ПРИЛОЖЕНИЕ
к Порядку предоставления меры социальной поддержки в виде единовременной денежной выплаты на газификацию расположенных на территории Архангельской области объектов индивидуального жилищного строительства, домов блокированной застройки отдельным категориям граждан (в редакции постановления Правительства Архангельской области от 23 сентября 2025 г. № 818-пп)

Руководителю
государственного казенного учреждения
Архангельской области «Архангельский
областной центр социальной защиты
населения»

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

адрес места жительства:

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок,
деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)

номер контактного телефона _____

З А Я В Л Е Н И Е

**о предоставлении меры социальной поддержки
в виде единовременной денежной выплаты на газификацию
расположенных на территории Архангельской области
объектов индивидуального жилищного строительства,
домов блокированной застройки**

Прошу в соответствии со статьей 4 областного закона от 22 февраля 2022 года № 532-32-ОЗ «О предоставлении меры социальной поддержки в виде единовременной денежной выплаты на газификацию расположенных на территории Архангельской области объектов индивидуального жилищного строительства, домов блокированной застройки отдельным категориям граждан» предоставить меры социальной поддержки в виде единовременной денежной выплаты на газификацию расположенных на территории Архангельской области объектов индивидуального жилищного строительства, домов блокированной застройки отдельным категориям граждан (далее соответственно – областной закон, единовременная денежная выплата, жилой дом).

Заявляю, что отношусь к следующей категории граждан (нужное подчеркнуть):

1) один из членов малоимущей семьи (одинокو проживающий малоимущий гражданин), среднедушевой доход которой (доход которого) на дату обращения за единовременной денежной выплатой ниже величины прожиточного минимума на душу населения, установленного постановлением Правительства Архангельской области;

2) один из членов семьи, являющейся многодетной в соответствии с областным законом от 5 декабря 2016 года № 496-30-ОЗ «О социальной поддержке семей, воспитывающих детей, в Архангельской области»;

3) инвалиды, в том числе инвалиды Великой Отечественной войны и инвалиды боевых действий из числа лиц, указанных в статье 4 Федерального закона от 12 января 1995 года № 5-ФЗ «О ветеранах»;

4) один из членов семьи, воспитывающей ребенка-инвалида;

5) граждане, являющиеся получателями мер социальной поддержки в соответствии с пунктами 1, 2 и 3 статьи 1 областного закона от 10 ноября 2004 года № 262-33-ОЗ «О мерах социальной поддержки ветеранов, граждан, пострадавших от политических репрессий, и иных категорий граждан»;

6) граждане, являющиеся получателями региональной социальной доплаты к пенсии в соответствии с подпунктами 5 и 6 пункта 1 статьи 1 областного закона от 5 июня 2001 года № 38-6-ОЗ «О государственной социальной помощи на территории Архангельской области»;

7) военнослужащий, сотрудник федерального органа исполнительной власти или федерального государственного органа из числа некоторых федеральных органов исполнительной власти и федеральных государственных органов, в которых федеральным законом предусмотрена военная служба, сотрудник органов внутренних дел Российской Федерации, принимающие (принимавшие) участие в специальной военной операции, проводимой на территориях Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики, Запорожской области, Херсонской области и Украины (далее – специальная военная операция), и (или) выполняющие (выполнявшие) задачи по отражению вооруженного вторжения на территорию Российской Федерации, в ходе вооруженной провокации на Государственной границе Российской Федерации и территориях субъектов Российской Федерации, прилегающих к районам проведения специальной военной операции (далее – задачи по отражению вооруженного вторжения, в ходе вооруженной провокации), сотрудник уголовно-исполнительной системы Российской Федерации, выполняющий (выполнявший) возложенные на него задачи в ходе специальной военной операции, лицо, заключившее контракт о пребывании в добровольческом формировании (о добровольном содействии в выполнении задач, возложенных на Вооруженные Силы Российской Федерации или войска национальной гвардии Российской Федерации) для участия в специальной военной операции и (или) для выполнения задач по отражению вооруженного вторжения, в ходе вооруженной провокации (лицо, исполнившее обязанности по контракту о пребывании в добровольческом формировании (о добровольном содействии в выполнении задач, возложенных на Вооруженные Силы Российской Федерации или войска национальной гвардии Российской Федерации), заключенному для участия в специальной военной операции и (или) для выполнения задач по отражению вооруженного вторжения, в ходе вооруженной провокации), гражданин Российской Федерации, призванный на военную службу по мобилизации в Вооруженные Силы Российской

Федерации (гражданин Российской Федерации, уволенный с военной службы по возрасту или по состоянию здоровья, на которую ранее был призван по мобилизации в Вооруженные Силы Российской Федерации, либо гражданин Российской Федерации, ранее призванный на военную службу по мобилизации в Вооруженные Силы Российской Федерации, у которого контракт о прохождении военной службы прекратил действие в связи с окончанием периода частичной мобилизации) (далее – лица, участвующие (участвовавшие) в специальной военной операции), при условии проживания лица, участвующего (участвовавшего) в специальной военной операции, или одного из членов семьи лица, участвующего (участвовавшего) в специальной военной операции, на территории Архангельской области;

8) ветераны боевых действий из числа лиц, указанных в пункте 1 статьи 3 Федерального закона от 12 января 1995 года № 5-ФЗ «О ветеранах» (далее – ветераны боевых действий);

9) члены семей погибших (умерших) инвалидов Великой Отечественной войны и инвалидов боевых действий из числа лиц, указанных в статье 4 Федерального закона от 12 января 1995 года № 5-ФЗ «О ветеранах», участников Великой Отечественной войны из числа лиц, указанных в подпункте 1 пункта 1 статьи 2 Федерального закона от 12 января 1995 года № 5-ФЗ «О ветеранах», ветеранов боевых действий;

10) лица, осуществляющие уход за детьми-инвалидами;

11) один из членов семьи сотрудника Следственного комитета Российской Федерации из числа сотрудников Следственного комитета Российской Федерации, направленных в порядке перевода (прикомандированных) из следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по Архангельской области и Ненецкому автономному округу в следственные управления Следственного комитета Российской Федерации по Донецкой Народной Республике, Луганской Народной Республике, Запорожской области и Херсонской области, выполняющих (выполнявших) возложенные на них задачи на указанных территориях в период проведения специальной военной операции.

Имею намерение использовать природный газ в жилом доме на коммунально-бытовые нужды.

Прошу перечислить единовременную денежную выплату:

в размере _____ рублей: _____

(сведения о реквизитах организации почтовой связи или о реквизитах счета, открытого в кредитной организации)

в размере _____ рублей: _____

(сведения о реквизитах исполнителя (поставщика, подрядчика, продавца) по договорам, заключенным после 18 октября 2021 года, на выполнение работ, оказание услуг и (или) приобретение товаров, указанных в подпунктах 1 – 3 пункта 4 Порядка предоставления единовременной денежной выплаты на газификацию расположенных на территории Архангельской области объектов индивидуального жилищного строительства, домов блокированной застройки отдельным категориям граждан, утвержденного постановлением Правительства Архангельской области от 12 октября 2012 года № 464-пп (далее соответственно – исполнитель, Порядок)

Уведомления о принимаемых решениях в ходе предоставления мне единовременной денежной выплаты в соответствии с областным законом прошу направлять:

1) о предоставлении единовременной денежной выплаты:

на адрес электронной почты _____;

посредством СМС-сообщения на номер телефона (при условии фиксации отправки и доставки СМС-уведомления адресату):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

иными способами _____;

2) об отказе в предоставлении единовременной денежной выплаты:

на адрес электронной почты _____;

иными способами _____.

Я подтверждаю, что по указанному мной в настоящем заявлении номеру мобильного телефона отсутствует блокировка на входящие СМС-сообщения с коротких номеров и буквенных адресатов _____.

(подпись)

С момента поступления на указанный мною в настоящем заявлении номер мобильного телефона соответствующего СМС-сообщения я считаюсь уведомленным (извещенным) _____.

(подпись)

За достоверность представленных сведений несу полную персональную ответственность.

Я обязуюсь в случае перечисления единовременной денежной выплаты исполнителю по договорам, заключенным после 18 октября 2021 года, на выполнение работ, оказание услуг и (или) приобретение товаров, указанных в подпунктах 1 – 3 пункта 4 Порядка, в течение одного месяца со дня завершения работ, услуг и (или) приобретения товаров, указанных в подпунктах 1 – 3 пункта 4 Порядка, но не позднее шести месяцев со дня подачи заявления известить об этом государственное учреждение одним из способов, указанным в пункте 14 Порядка, с приложением подтверждающих документов.

« ____ » _____ Г. _____ (дата) _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

Заполняется в случае подачи заявления законным представителем или доверенным лицом: _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя или доверенного лица)

адрес места жительства: _____

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)

документ, удостоверяющий личность _____

(наименование документа, серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

(подпись)

(расшифровка подписи)

« ____ » _____ Г.
(дата)

Заполняется специалистом государственного учреждения
социальной защиты населения Архангельской области

Заявление принял специалист _____
(подпись) (расшифровка подписи)

Регистрационный № _____ « ____ » _____ 20 ____ г.

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ
(выдается заявителю)

Заявление и документы гр. _____
принял специалист _____
Регистрационный № _____ « ____ » _____ 20 ____ г.»;

19) приложения № 1 и 2 к Порядку предоставления меры социальной поддержки нуждающимся в специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи несовершеннолетним детям с онкологическими заболеваниями, включенными в рубрики С00-С97 Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр) изложить в следующей редакции:

«ПРИЛОЖЕНИЕ № 1
к Порядку предоставления меры социальной поддержки нуждающимся в специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи несовершеннолетним детям с онкологическими заболеваниями, включенными в рубрики С00 – С97 Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр)
(в редакции постановления
Правительства Архангельской области
от 23 сентября 2025 г. № 818-пп)

Руководителю
государственного казенного учреждения
Архангельской области «Архангельский
областной центр социальной защиты
населения»

ОТ _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

адрес места жительства (места пребывания)
на территории Архангельской области:

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня,
проспект, улица, дом, корпус, квартира)

номер контактного телефона _____

З А Я В Л Е Н И Е

**о назначении денежной выплаты для оплаты проезда
в государственное бюджетное учреждение здравоохранения
Архангельской области «Архангельская областная детская
клиническая больница им. П.Г. Выжлецова»**

Прошу в соответствии с областным законом от 22 февраля 2022 года № 513-32-ОЗ «О социальной поддержке детей с онкологическими заболеваниями в Архангельской области» назначить денежную выплату на проезд в государственное бюджетное учреждение здравоохранения Архангельской области «Архангельская областная детская клиническая больница им. П.Г. Выжлецова» (далее – Архангельская ОДКБ) и обратно для оказания специализированной медицинской помощи несовершеннолетнему ребенку, законным представителем которого я являюсь на основании _____

(реквизиты договора о приемной семье, с кем и когда заключен – при обращении приемного родителя;
реквизиты решения (акта) органа опеки и попечительства о назначении ребенку опекуна (попечителя) –
при обращении опекуна (попечителя)

иными способами _____.

2) об отказе в назначении денежной выплаты:

на адрес электронной почты _____;

иными способами _____.

Я подтверждаю, что по указанному мной в настоящем согласии номеру мобильного телефона отсутствует блокировка на входящие СМС-сообщения с коротких номеров и буквенных адресатов _____.

(подпись)

С момента поступления на указанный мной в настоящем согласии номер мобильного телефона соответствующего СМС-сообщения я считаюсь уведомленным (извещенным) _____.

(подпись)

В случаях изменения сведений, указанных в настоящем заявлении, отсутствии необходимости оказания специализированной медицинской помощи, а также изменения места жительства (места пребывания) меня или моего несовершеннолетнего ребенка обязуюсь сообщить об этом в государственное учреждение не позднее 10 дней со дня наступления перечисленных обстоятельств.

Достоверность и полноту настоящих сведений подтверждаю.

(подпись)

(расшифровка подписи)

« ____ » _____ Г.
(дата)

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1

к заявлению о назначении денежной
выплаты для оплаты проезда
в государственное бюджетное учреждение
здравоохранения Архангельской области
«Архангельская областная
детская клиническая больница
им. П.Г. Выжлецова»
(в редакции постановления
Правительства Архангельской области
от 23 сентября 2025 г. № 818-пп)

СОГЛАСИЕ

на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну

Я, _____,

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

действующий(ая) за себя, от имени ребенка (детей) _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) несовершеннолетнего)

_____,
(реквизиты документа, удостоверяющего личность несовершеннолетнего (серия, номер, дата выдачи, орган, выдавший документ), указываются в соответствии с реквизитами свидетельства о рождении ребенка, не достигшего 14 лет, паспорта несовершеннолетнего, достигшего возраста 14 лет)

законным представителем которого (которых) являюсь, в целях предоставления денежной выплаты на проезд к месту получения специализированной медицинской помощи и обратно в соответствии с Порядком предоставления меры социальной поддержки нуждающимся в специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи несовершеннолетним детям с онкологическими заболеваниями, включенными в рубрики С00 – С97 Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр), утвержденным постановлением Правительства Архангельской области от 12 октября 2012 года № 464-пп, на представление сведений о количестве оказанных государственным бюджетным учреждением здравоохранения Архангельской области «Архангельская областная детская клиническая больница им. П.Г. Выжлецова» услуг по предоставлению специализированной медицинской помощи, необходимых для расчета денежной выплаты, предоставляемой государственным казенным учреждением Архангельской области «Архангельский областной центр социальной защиты населения», в государственное учреждение здравоохранения Архангельской области «Архангельская областная детская клиническая больница им. П.Г. Выжлецова», расположенное по адресу: Архангельская область, г. Архангельск, Обводный канал, д. 7, о себе и ребенке (детях), законным представителем которого (которых) являюсь, в соответствии с пунктом 3 статьи 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» _____.

(согласен/не согласен)

Настоящее согласие действует со дня его подписания.

(подпись)

(расшифровка подписи)

« ____ » _____ Г.

(дата)

Примечание. Согласие на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в отношении несовершеннолетних подписывают их законные представители.

Заполняется специалистом государственного учреждения
социальной защиты населения Архангельской области

Заявление принял специалист

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

Регистрационный № _____ « ___ » _____ 20__ г.

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ

(выдается заявителю)

Заявление и документы гражданина _____
 принял специалист _____

Регистрационный № _____ « ___ » _____ 20__ г.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2

к заявлению о назначении денежной
 выплаты для оплаты проезда
 в государственное бюджетное учреждение
 здравоохранения Архангельской области
 «Архангельская областная
 детская клиническая больница
 им. П.Г. Выжлецова»
 (в редакции постановления
 Правительства Архангельской области
 от 23 сентября 2025 г. № 818-пп)

СОГЛАСИЕ

на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну

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

действующий(ая) за себя, от имени ребенка (детей) _____

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

 (реквизиты документа, удостоверяющего личность несовершеннолетнего (серия, номер, дата выдачи, орган, выдавший документ), указываются в соответствии с реквизитами свидетельства о рождении ребенка, не достигшего 14 лет, паспорта несовершеннолетнего, достигшего возраста 14 лет)

законным представителем которого (которых) являюсь, в целях предоставления денежной выплаты на проезд к месту получения специализированной медицинской помощи и обратно в соответствии с Порядком предоставления

меры социальной поддержки нуждающимся в специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи несовершеннолетним детям с онкологическими заболеваниями, включенными в рубрики С00 – С97 Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр), утвержденным постановлением Правительства Архангельской области от 12 октября 2012 года № 464-пп, на представление сведений о количестве оказанных государственным бюджетным учреждением здравоохранения Архангельской области «Архангельская областная детская клиническая больница им. П.Г. Выжлецова» услуг по предоставлению специализированной медицинской помощи, необходимых для расчета денежной выплаты, предоставляемой государственным казенным учреждением Архангельской области «Архангельский областной центр социальной защиты населения», в государственное казенное учреждение Архангельской области «Архангельский областной центр социальной защиты населения, расположенное по адресу: Архангельская область, г. Архангельск, ул. Гайдара, д. 4, корп. 1, о себе и ребенке (детях), законным представителем которого (которых) являюсь, в соответствии с пунктом 3 статьи 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» _____.

(согласен/не согласен)

Настоящее согласие действует со дня его подписания.

(подпись)

(расшифровка подписи)

« ____ » _____ г.
(дата)

Примечание. Согласие на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в отношении несовершеннолетних подписывают их законные представители.

Заполняется специалистом государственного учреждения
социальной защиты населения Архангельской области

Заявление принял специалист

(подпись)

(расшифровка подписи)

Регистрационный № _____ « ____ » _____ 20__ г.

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ
(выдается заявителю)

Заявление и документы гражданина _____
принял специалист _____

Регистрационный № _____ «_____» _____ 20__ г.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2

к Порядку предоставления меры социальной поддержки нуждающимся в специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи несовершеннолетним детям с онкологическими заболеваниями, включенными в рубрики С00 – С97 Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр) (в редакции постановления Правительства Архангельской области от 23 сентября 2025 г. № 818-пп)

(ф о р м а)

Руководителю
государственного казенного учреждения
Архангельской области «Архангельский
областной центр социальной защиты
населения»

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

адрес места жительства (места пребывания)
на территории Архангельской области:

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня,
проспект, улица, дом, корпус, квартира)

номер контактного телефона _____

З А Я В Л Е Н И Е

о компенсации стоимости проезда в медицинские организации, находящиеся в иных субъектах Российской Федерации, для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи

Прошу в соответствии с областным законом от 22 февраля 2022 года № 513-32-ОЗ «О социальной поддержке детей с онкологическими заболеваниями в Архангельской области» предоставить компенсацию стоимости проезда мне и несовершеннолетнему ребенку, законным представителем которого я являюсь на основании _____

_____,
(реквизиты договора о приемной семье, с кем и когда заключен – при обращении приемного родителя;
реквизиты решения (акта) органа опеки и попечительства о назначении ребенку опекуна
(попечителя) – при обращении опекуна (попечителя)

В _____
(наименование медицинской организации, почтовый индекс, область, район, город, село,
поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус)

в целях получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи и обратно (далее соответственно – компенсация, медицинская организация).

Сведения о заявителе

Фамилия _____
Имя _____
Отчество (при наличии) _____
СНИЛС _____
Сведения о документе,
удостоверяющем личность
(вид, дата выдачи, реквизиты) _____
Дата рождения (дд.мм.гггг) _____
Адрес места жительства _____

Сведения о несовершеннолетнем ребенке

Фамилия _____
Имя _____
Отчество (при наличии) _____
СНИЛС _____
Сведения о документе,
удостоверяющем личность
(вид, дата выдачи, реквизиты) _____
Дата рождения (дд.мм.гггг) _____
Адрес места жительства _____
Дата поступления в медицинскую
организацию _____
Дата выписки из медицинской
организации _____

Прошу перечислить компенсацию на счет № _____

(сведения о реквизитах счета, открытого в российской кредитной организации)

Уведомления о принимаемых решениях в ходе предоставления мне права на компенсацию прошу направлять:

1) о предоставлении компенсации:

через мобильное приложение «Соцзащита»;

на адрес электронной почты: _____;

посредством СМС-сообщения на номер телефона:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

иными способами _____.

2) об отказе в предоставлении компенсации:

на адрес электронной почты _____;

иными способами _____.

Я подтверждаю, что по указанному мной в настоящем согласии номеру мобильного телефона отсутствует блокировка на входящие СМС-сообщения с коротких номеров и буквенных адресатов _____.

(подпись)

С момента поступления на указанный мной в настоящем согласии номер мобильного телефона соответствующего СМС-сообщения я считаюсь уведомленным (извещенным) _____.

(подпись)

Достоверность и полноту настоящих сведений подтверждаю.

(подпись)

(расшифровка подписи)

«__» _____ Г.
(дата)

ПРИЛОЖЕНИЕ

к заявлению о компенсации стоимости проезда в медицинские организации, находящиеся в иных субъектах Российской Федерации, для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи (в редакции постановления Правительства Архангельской области от 23 сентября 2025 г. № 818-пп)

СОГЛАСИЕ на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну

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

действующий(ая) за себя, от имени ребенка (детей) _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) несовершеннолетнего)

(реквизиты документа, удостоверяющего личность несовершеннолетнего (серия, номер, дата выдачи, орган, выдавший документ), указываются в соответствии с реквизитами свидетельства о рождении ребенка, не достигшего 14 лет, паспорта несовершеннолетнего, достигшего возраста 14 лет)

законным представителем которого (которых) являюсь в целях предоставления компенсации в соответствии с Порядком предоставления меры социальной поддержки нуждающимся в специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи несовершеннолетним детям с онкологическими заболеваниями, включенными в рубрики С00 – С97 Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр), утвержденным постановлением Правительства Архангельской области от 12 октября 2012 года № 464-пп, на представление сведений об оказанной медицинской организацией _____

(наименование медицинской организации, почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус)

специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, необходимых для расчета компенсации, предоставляемой государственным казенным учреждением Архангельской области «Архангельский областной центр социальной защиты населения», в государственное казенное учреждение Архангельской области «Архангельский областной центр социальной защиты населения, расположенное по адресу: Архангельская область, г. Архангельск, ул. Гайдара, д. 4, корп. 1, о себе и ребенке (детях), законным представителем которого (которых) являюсь, в соответствии с пунктом 3 статьи 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» _____.

(согласен/не согласен)

Настоящее согласие действует со дня его подписания.

(подпись)

(расшифровка подписи)

«__» _____ Г.
(дата)

Примечание. Согласие на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в отношении несовершеннолетних подписывают их законные представители.

 Заполняется специалистом государственного учреждения
 социальной защиты населения Архангельской области

Заявление принял специалист

 (подпись)

 (расшифровка подписи)

Регистрационный № _____ «___» _____ 20__ г.

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ
 (выдается заявителю)

Заявление и документы гражданина _____
 принял специалист _____

Регистрационный № _____ «___» _____ 20__ г.»;

20) в приложении к Порядку предоставления дополнительной меры социальной поддержки в виде единовременной денежной выплаты детям участников специальной военной операции, проводимой на территориях Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики, Запорожской области, Херсонской области и Украины, поступающим на обучение в образовательные организации высшего образования по образовательным программам высшего образования (программам бакалавриата и программам специалитета) слова

«Я, _____,
 (фамилия, имя, отчество (при наличии) родителя (законного представителя))

действующий(ая) за себя, от имени ребенка (детей), законным представителем которого (которых) являюсь, на обработку персональных данных, указанных в настоящем заявлении и в прилагаемых к нему документах, государственным казенным учреждением Архангельской области «Архангельский областной центр социальной защиты населения» (далее – оператор), расположенным по адресу: Архангельская область, г. Архангельск, ул. Гайдара, д. 4, корп. 1, о себе и ребенке (детях), законным представителем которого (которых) являюсь, в соответствии с федеральными законами от 27 июля 2006 года № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» и от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях предоставления единовременной денежной выплаты детям военнослужащих, сотрудников некоторых федеральных государственных органов, добровольцев, мобилизованных граждан, поступающим на обучение,

 согласен/не согласен)

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

Я проинформирован(а), что могу отозвать указанное согласие путем представления оператору заявления в простой письменной форме об отзыве данного в настоящем заявлении согласия на обработку персональных данных.

Мне известны последствия отзыва данного мной в настоящем заявлении согласия на обработку персональных данных, а именно: оператор блокирует персональные данные заявителя (прекращает их сбор, систематизацию, накопление, использование, в том числе передачу).

Настоящее согласие действует со дня его подписания.» исключить;

21) в приложении к Положению о порядке и условиях предоставления гражданам, покинувшим место постоянного проживания в городе Херсоне и части Херсонской области, меры социальной поддержки в виде предоставления единовременных выплат на обзаведение имуществом слова

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

действующий (ая) за себя, от имени ребенка (детей) _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка, дата рождения)

законным представителем которых являюсь _____
(согласен/не согласен)

на обработку персональных данных указанных в настоящем заявлении и в прилагаемых к нему документах (заполнить нужно):

министерством труда, занятости и социального развития Архангельской области, расположенным по адресу: _____

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус)

государственным казенным учреждением Архангельской области «Архангельский областной центр социальной защиты населения» (далее – государственное учреждение), расположенным по адресу: _____

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус)

государственным автономным учреждением Архангельской области «Архангельский региональный многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг» (далее – МФЦ), расположенным по адресу: _____

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус)

о себе и ребенку (детях), законным представителем которого (которых) являюсь в соответствии с федеральными законами от 27 июля 2006 года № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» и от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных»

для целей, связанных с предоставлением единовременной выплаты в соответствии с Положением.

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

Настоящее согласие действует со дня его подписания.» исключить;

22) в Положении о порядке и условиях предоставления гражданам, покинувшим место постоянного проживания в городе Херсоне и части Херсонской области, меры социальной поддержки в виде предоставления социальных выплат на приобретение жилых помещений на основании выдаваемых государственных жилищных сертификатов:

а) в приложении № 1 к указанному Положению слова

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

действующий (ая) за себя, от имени ребенка (детей) _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка, дата рождения)

законным представителем которых являюсь _____
(согласен/не согласен)

на обработку персональных данных указанных в настоящем заявлении и в прилагаемых к нему документах (заполнить нужно):

министерством труда, занятости и социального развития Архангельской области, расположенным по адресу: _____

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус)

государственным казенным учреждением Архангельской области «Архангельский областной центр социальной защиты населения» (далее – государственное учреждение), расположенным по адресу: _____

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус)

государственным автономным учреждением Архангельской области «Архангельский региональный многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг» (далее – МФЦ), расположенным по адресу: _____

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус)

о себе и ребенке (детях), законным представителем которого (которых) являюсь в соответствии с федеральными законами от 27 июля 2006 года № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» и от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» для целей, связанных с предоставлением единовременной выплаты в соответствии с Положением.

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

Настоящее согласие действует со дня его подписания.» исключить;

б) в приложении № 4 к указанному Положению слова

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

действующий (ая) за себя, от имени ребенка (детей) _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка, дата рождения)

законным представителем которых являюсь _____
(согласен/не согласен)

на обработку персональных данных указанных в настоящем заявлении и в прилагаемых к нему документах (заполнить нужно):

министерством труда, занятости и социального развития Архангельской области, расположенным по адресу: _____

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус)

государственным казенным учреждением Архангельской области «Архангельский областной центр социальной защиты населения» (далее – государственное учреждение), расположенным по адресу: _____

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус)

государственным автономным учреждением Архангельской области «Архангельский региональный многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг» (далее – МФЦ), расположенным по адресу: _____

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус)

о себе и ребенке (детях), законным представителем которого (которых) являюсь в соответствии с федеральными законами от 27 июля 2006 года № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» и от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» для целей, связанных с предоставлением социальной выплаты в соответствии с Положением.

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

Настоящее согласие действует со дня его подписания.» исключить;

23) приложение к Порядку предоставления на территории Архангельской области детям участников специальной военной операции, проводимой на территориях Донецкой Народной Республики, Луганской Народной

Республики, Запорожской области, Херсонской области и Украины, в 2025 году дополнительной меры социальной поддержки в виде новогоднего подарка изложить в следующей редакции:

«ПРИЛОЖЕНИЕ
к Порядку предоставления
на территории Архангельской области
детям участников специальной военной
операции, проводимой на территориях
Донецкой Народной Республики,
Луганской Народной Республики,
Запорожской области, Херсонской
области и Украины, в 2025 году
дополнительной меры социальной
поддержки в виде новогоднего подарка
(в редакции постановления
Правительства Архангельской области
от 23 сентября 2025 г. № 818-пп)

(ф о р м а)

Руководителю государственного казенного
учреждения Архангельской области
«Архангельский областной центр
социальной защиты населения»

от _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

адрес места жительства (места пребывания)
на территории Архангельской области:

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок,
деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)

адрес места пребывания:

(наименование государственного учреждения Архангельской
области – заполняется в случае нахождения заявителя
в указанном учреждении)

номер контактного телефона _____

З А Я В Л Е Н И Е
о предоставлении новогоднего подарка

адрес места жительства: _____

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)
 ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ _____

(наименование документа, серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

(подпись)

(расшифровка подписи)

« ____ » _____ Г.
 (дата)

Заполняется специалистом государственного учреждения социальной защиты населения
 Архангельской области

Заявление принял специалист _____
 (подпись) (расшифровка подписи)

Регистрационный № _____ « ____ » _____ 20 ____ г.

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ
 (выдается заявителю)

Заявление и документы гр. _____
 принял специалист _____
 Регистрационный № _____ « ____ » _____ 20 ____ г.

(подпись)

(расшифровка подписи)

« ____ » _____ Г.»;
 (дата)

24) приложение № 1 к Положению о порядке и условиях предоставления на территории Архангельской области участникам специальной военной операции, проводимой на территориях Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики, Запорожской области, Херсонской области и Украины, дополнительной меры социальной поддержки в виде полной или частичной оплаты стоимости услуг по санаторно-курортному лечению изложить в следующей редакции:

«ПРИЛОЖЕНИЕ № 1
 к Положению о порядке и условиях
 предоставления на территории
 Архангельской области участникам
 специальной военной операции,
 проводимой на территориях Донецкой
 Народной Республики, Луганской
 Народной Республики, Запорожской

области, Херсонской области и Украины,
дополнительной меры социальной
поддержки в виде полной или частичной
оплаты стоимости услуг по санаторно-
курортному лечению
(в редакции постановления
Правительства Архангельской области
от 23 сентября 2025 г. № 818-пп)

(ф о р м а)

Руководителю
государственного казенного учреждения
Архангельской области «Архангельский
областной центр социальной защиты
населения»

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

адрес места жительства:

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок,
деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)

номер контактного телефона _____

З А Я В Л Е Н И Е

о предоставлении сертификата на оплату услуг по санаторно-курортному лечению

Прошу в соответствии с Положением о порядке и условиях предоставления на территории Архангельской области участникам специальной военной операции, проводимой на территориях Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики, Запорожской области, Херсонской области и Украины, дополнительной меры социальной поддержки в виде полной или частичной оплаты стоимости услуг по санаторно-курортному лечению, утвержденным постановлением Правительства Архангельской области от 12 октября 2012 года № 464-пп, предоставить мне сертификат на оплату услуг по санаторно-курортному лечению (далее соответственно – Положение, сертификат).

Уведомления о принимаемых решениях о предоставлении мне сертификата в соответствии с Положением прошу направлять:

1) о предоставлении сертификата:

на адрес электронной почты _____;

посредством СМС-сообщения на номер телефона (при условии фиксации отправки и доставки СМС-уведомления адресату):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

иными способами _____;

2) об отказе в предоставлении сертификата, об аннулировании сертификата:

на адрес электронной почты _____;

иными способами _____.

В случае принятия решения о предоставлении сертификата сертификат прошу направить на указанный адрес электронной почты/выдать лично.

(нужное подчеркнуть)

Я подтверждаю, что по указанному мной в настоящем заявлении номеру мобильного телефона отсутствует блокировка на входящие СМС-сообщения с коротких номеров и буквенных адресатов _____.

(подпись)

С момента поступления на указанный мной в настоящем заявлении номер мобильного телефона соответствующего СМС-сообщения я считаюсь уведомленным (извещенным) _____.

(подпись)

За достоверность представленных сведений несу полную персональную ответственность.

« _____ » _____ Г. _____ (дата) _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

Заполняется в случае подачи заявления доверенным лицом: _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя или доверенного лица)

адрес места жительства: _____

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)

документ, удостоверяющий личность _____

(наименование документа, серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

« ____ » _____ Г.
(дата)

Заполняется специалистом государственного учреждения или МФЦ

Заявление принял специалист _____
(подпись) (расшифровка подписи)

Регистрационный № _____ « ____ » _____ 20 ____ г.

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ

(выдается заявителю)

Заявление и документы гр. _____
принял специалист _____

Регистрационный № _____ « ____ » _____ 20 ____ г.»;
25) в приложении к Порядку предоставления в 2024 и 2025 годах
субсидий льготным категориям граждан на покупку и установку
газоиспользующего оборудования, проведение работ при социальной
газификации (догазификации) в Архангельской области слова

«Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) (согласен/не согласен)

на обработку персональных данных, указанных в настоящем заявлении
и в прилагаемых к нему документах (заполнить нужно):

государственным казенным учреждением Архангельской области «Архангельский
областной центр социальной защиты населения» (далее – государственное
учреждение), расположенным по адресу: _____

_____,
(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус)

государственным автономным учреждением Архангельской области
«Архангельский региональный многофункциональный центр предоставления
государственных и муниципальных услуг» (далее – МФЦ), расположенным
по адресу: _____

_____,
(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус)

в соответствии с федеральными законами от 27 июля 2006 года № 149-ФЗ
«Об информации, информационных технологиях и о защите информации»
и от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» для целей,
связанных с предоставлением субсидии в соответствии с Порядком.

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

Настоящее согласие действует со дня его подписания.» исключить;

26) в приложении № 3 к Положению об установлении формы и порядка выдачи детям войны, проживающим на территории Архангельской области, удостоверений и нагрудных знаков слова

«Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) (согласен/не согласен)

на обработку персональных данных, указанных в настоящем заявлении и в прилагаемых к нему документах (заполнить нужно):

государственным казенным учреждением Архангельской области «Архангельский областной центр социальной защиты населения» (далее – государственное учреждение), расположенным по адресу: _____

_____,
(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус)

государственным автономным учреждением Архангельской области «Архангельский региональный многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг» (далее – МФЦ), расположенным по адресу: _____

_____,
(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус)

в соответствии с федеральными законами от 27 июля 2006 года № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» и от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» для целей, связанных с выдачей удостоверения и нагрудного знака в соответствии с Положением.

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

Настоящее согласие действует со дня его подписания.» исключить;

27) в Порядке выплаты гражданину компенсации в случае фактического увеличения размера вносимой гражданином платы за коммунальные услуги, превышающего размер установленного предельного (максимального) индекса изменения размера вносимой гражданином платы за коммунальные услуги для соответствующего муниципального образования Архангельской области:

а) в пункте 6 слова «и документов, подтверждающих наличие согласия указанных лиц на обработку их персональных данных» исключить;

б) подпункт 3 пункта 7 исключить;

в) в приложении № 1 к указанному Порядку слова

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

_____ государственному казенному учреждению
(даю согласие/не даю согласие)

Архангельской области « _____
_____», расположенному
(полное наименование государственного учреждения Архангельской области)

по адресу: _____
(область, район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус)

на обработку моих персональных данных (заполняется при обращении за
выплатой компенсации ребенку (детям) заявителя), персональных данных
моего ребенка _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) каждого ребенка и число, месяц, год его рождения)

в соответствии с федеральными законами от 27 июля 2006 года № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» и от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях выплаты компенсации, предусмотренной постановлением от 30 апреля 2014 года, в соответствии с Порядком выплаты гражданину компенсации в случае фактического увеличения размера вносимой гражданином платы за коммунальные услуги, превышающего размер установленного предельного (максимального) индекса изменения размера вносимой гражданином платы за коммунальные услуги для соответствующего муниципального образования Архангельской области, утвержденным постановлением Правительства Архангельской области от 12 октября 2012 года № 464-пп.

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

Я проинформирован, что могу отозвать указанное согласие путем представления государственному учреждению заявления в простой письменной форме об отзыве данного в настоящем заявлении согласия на обработку персональных данных.

Мне известны последствия отзыва данного мной в настоящем заявлении согласия на обработку персональных данных, а именно: государственное учреждение блокирует мои персональные данные (прекращает их сбор, систематизацию, накопление, использование, в том числе передачу).

Настоящее согласие действует со дня его подписания.» исключить;

г) приложение № 2 к указанному Порядку исключить;

28) приложение к Положению о порядке предоставления на территории Архангельской области детям участников специальной военной операции, проводимой на территориях Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики, Запорожской области, Херсонской области и Украины, дополнительной меры социальной поддержки в виде подарка ко дню рождения изложить в следующей редакции:

«ПРИЛОЖЕНИЕ
к Положению о порядке
предоставления на территории
Архангельской области детям
участников специальной военной
операции, проводимой на территориях
Донецкой Народной Республики,
Луганской Народной Республики,
Запорожской области, Херсонской
области и Украины, дополнительной
меры социальной поддержки
в виде подарка ко дню рождения
(в редакции постановления
Правительства Архангельской области
от 23 сентября 2025 г. № 818-пп)

(ф о р м а)

Руководителю государственного казенного
учреждения Архангельской области
«Архангельский областной центр
социальной защиты населения»

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

адрес места жительства (места пребывания)
на территории Архангельской области:

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок,
деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)

номер контактного телефона _____

З А Я В Л Е Н И Е
о предоставлении дополнительной меры социальной
поддержки в виде подарка ко дню рождения

В соответствии с Положением о порядке предоставления на территории Архангельской области детям участников специальной военной операции, проводимой на территориях Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики, Запорожской области, Херсонской области и Украины, дополнительной меры социальной поддержки в виде подарка ко дню рождения,

Заполняется в случае подачи доверенным лицом (представителем):

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя или доверенного лица)

адрес места жительства: _____

_____ (почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)

документ, удостоверяющий личность _____

_____ (наименование документа, серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

« ____ » _____ Г.
(дата)

Заполняется специалистом государственного учреждения социальной защиты населения
Архангельской области

Заявление принял специалист _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

Регистрационный № _____ « ____ » _____ 20 ____ г.

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ
(выдается заявителю)

Заявление и документы гр. _____
принял специалист _____

Регистрационный № _____ « ____ » _____ 20 ____ г.

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

« ____ » _____ Г.»;
(дата)

29) в приложении к Положению о порядке предоставления единовременной разовой денежной выплаты отдельным категориям граждан, проживающих (пребывающих) на территории Архангельской области, в связи с 80-летием Победы в Великой Отечественной войне 1941 – 1945 годов, слова

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

_____ на обработку персональных данных и (или)
(согласен/не согласен)

персональных данных _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) подопечного)

указанных в настоящем заявлении и в прилагаемых к нему документах, государственному казенному учреждению Архангельской области «Архангельский областной центр социальной защиты населения» (далее – оператор), расположенному по адресу: _____

_____,
(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус)

в соответствии с федеральными законами от 27 июля 2006 года № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» и от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» для целей, связанных с предоставлением единовременной выплаты в соответствии с Положением.

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

Я проинформирован, что могу отозвать указанное согласие путем представления оператору заявления в простой письменной форме об отзыве данного в настоящем заявлении согласия на обработку персональных данных.

Мне известны последствия отзыва данного мной в настоящем заявлении согласия на обработку персональных данных, а именно: оператор блокирует персональные данные заявителя (прекращает их сбор, систематизацию, накопление, использование, в том числе передачу).

Настоящее согласие действует со дня его подписания.» исключить.

4. В Порядке создания приемных семей для граждан пожилого возраста и инвалидов в Архангельской области, утвержденном постановлением Правительства Архангельской области от 04 декабря 2012 года № 549-пп:

- 1) пункт 6 приложения № 1 к указанному Порядку исключить;
- 2) пункт 4 приложения № 2 к указанному Порядку исключить.

5. В приложении № 1 к Порядку предоставления дополнительной меры социальной поддержки детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей, в виде единовременной денежной выплаты на ремонт жилых помещений, находящихся в собственности детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, утвержденному постановлением Правительства Архангельской области от 11 июня 2013 года № 267-пп, слова

«Я даю согласие на обработку и использование моих персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении и в представленных мною документах.» исключить.

6. Подпункт 3 пункта 36 Положения о порядке и условиях предоставления работодателю, участвующему в региональной программе повышения мобильности трудовых ресурсов, субсидии на оказание финансовой поддержки в целях привлечения работников из других субъектов Российской Федерации для трудоустройства, порядке и условиях возмещения работодателями, исключенными из числа участников региональной программы повышения

мобильности трудовых ресурсов, средств финансовой поддержки, предоставленной им в рамках региональной программы повышения мобильности трудовых ресурсов, в целях привлечения работников из других субъектов Российской Федерации для трудоустройства, а также о порядке и условиях возмещения работниками, которые досрочно прекратили трудовые отношения либо с которыми прекращены такие отношения в связи с совершением дисциплинарного проступка или других виновных действий, предусмотренных законодательством Российской Федерации, средств, фактически затраченных на предоставление указанным работникам финансовой поддержки в рамках региональной программы повышения мобильности трудовых ресурсов, утвержденного постановлением Правительства Архангельской области от 08 октября 2013 года № 466-пп, исключить.

7. Приложение № 1 к Порядку присвоения звания «Ветеран труда Архангельской области», утвержденному постановлением Правительства Архангельской области от 11 февраля 2014 года № 42-пп, изложить в следующей редакции:

**«ПРИЛОЖЕНИЕ № 1
к Порядку присвоения звания
«Ветеран труда Архангельской области»
(в редакции постановления
Правительства Архангельской области
от 23 сентября 2025 г. № 818-пп)**

(ф о р м а)

Директору

(наименование государственного учреждения социальной
защиты населения)

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

адрес места жительства (места пребывания):

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок,
деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)

номер контактного телефона _____

З А Я В Л Е Н И Е
о присвоении звания «Ветеран труда Архангельской области»

Прошу присвоить мне звание «Ветеран труда Архангельской области».
К заявлению прилагаются:

- 1) _____ ;
2) _____ ;
3) _____ .

(подпись)
« ____ » _____ Г.
(дата)

(расшифровка подписи)

(ЛИНИЯ ОТРЕЗА)
РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ
(выдается заявителю)

Заявление и документы гр. _____
принял специалист _____
Регистрационный № _____ « ____ » _____ 20 ____ г.».

8. В Положении о порядке назначения, финансирования и предоставления мер социальной поддержки ветеранам, гражданам, пострадавшим от политических репрессий, и иным категориям граждан, утвержденном постановлением Правительства Архангельской области от 11 августа 2014 года № 324-пп:

- 1) в приложении № 1 к указанному Положению слова
«Я, _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

даю согласие государственному казенному учреждению Архангельской области
« _____ »,
расположенному по адресу: _____,
на обработку персональных данных, а именно: совершение действий,
предусмотренных пунктом 3 части 1 статьи 3 Федерального закона от 27 июля
2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», представленных мною
в настоящем заявлении, в целях назначения и предоставления мне мер
социальной поддержки в соответствии с областным законом № 262-33-ОЗ.»
исключить;

- 2) в приложении № 3 к указанному Положению слова
«Я, _____

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

даю согласие государственному казенному учреждению Архангельской
области « _____ »,
расположенному по адресу: _____,
на обработку персональных данных, а именно: совершение действий,
предусмотренных пунктом 3 части 1 статьи 3 Федерального закона от 27 июля
2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», представленных мною
в настоящем заявлении, в целях назначения и предоставления мне мер

социальной поддержки в соответствии с областным законом № 262-33-ОЗ.»
исключить;

3) в приложении № 4 к указанному Положению слова

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

даю согласие государственному казенному учреждению Архангельской области
«_____»,
расположенному по адресу: _____,
на обработку персональных данных, а именно: совершение действий,
предусмотренных пунктом 3 части 1 статьи 3 Федерального закона от 27 июля
2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», представленных мною
в настоящем заявлении, в целях назначения и предоставления мне мер
социальной поддержки в соответствии с областным законом № 262-33-ОЗ.»
исключить.

9. В приложении к Положению о порядке предоставления бесплатного
захоронения и сооружения на могиле надгробия умершего (погибшего) Героя
Советского Союза, Героя Российской Федерации, полного кавалера орденов
Славы, Героя Социалистического Труда, Героя Труда Российской Федерации
и полного кавалера ордена Трудовой Славы в Архангельской области,
утвержденному постановлением Правительства Архангельской области
от 12 мая 2015 года № 175-пп, слова

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

действующий(ая) за себя, на обработку персональных данных (любые
действий (операции) или совокупности действий (операций), совершаемых
с использованием средств автоматизации с персональными данными,
включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение
(обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление,
доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных
данных), указанных в настоящем заявлении в прилагаемых к нему документах,
государственным казенным учреждением Архангельской области (далее –
оператор), расположенным по адресу: _____

(почтовый индекс, область, район, город,

село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус)

о себе в соответствии с федеральными законами от 27 июля 2006 года № 149-ФЗ
«Об информации, информационных технологиях и о защите информации»
и от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» для целей,
связанных с назначением и выплатой компенсаций, указанных в настоящем
заявлении _____.

(согласен/не согласен)

Настоящее согласие дается на период до истечения сроков хранения
соответствующей информации или документов, содержащих указанную

информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован, что могу отозвать указанное согласие путем представления оператору заявления в простой письменной форме об отзыве данного в настоящем заявлении согласия на обработку персональных данных.

Мне известны последствия отзыва данного мною в настоящем заявлении согласия на обработку персональных данных, а именно: оператор блокирует персональные данные заявителя (прекращает их сбор, систематизацию, накопление, использование, в том числе передачу).

Настоящее согласие действует со дня его подписания.» исключить.

10. В постановлении Правительства Архангельской области от 30 декабря 2016 года № 575-пп «О мерах по реализации областного закона «О социальной поддержке семей, воспитывающих детей, в Архангельской области»:

1) в Положении о порядке назначения и выплаты социальных пособий гражданам, имеющим детей, в Архангельской области:

а) подпункт 2 пункта 7 исключить;

б) подпункт 2 пункта 24 исключить;

в) раздел 7 приложения № 1 к указанному Положению изложить в следующей редакции:

«7. Заполните соответствующую информацию
о перечислении социального пособия на ребенка

Прошу социальное пособие на ребенка выплачивать через кредитную организацию:

Наименование кредитной
организации

Номер счета заявителя

« ____ » _____ г.
(дата)

(подпись заявителя)

Уведомления о принимаемых решениях в ходе назначения и выплаты мне социальных пособий на ребенка прошу направлять посредством СМС-сообщения на номер телефона:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Я подтверждаю, что по указанному мной в настоящем заявлении номеру мобильного телефона отсутствует блокировка на входящие СМС-сообщения с коротких номеров и буквенных адресатов.

(подпись)

С момента поступления на указанный мной в настоящем заявлении номер мобильного телефона соответствующего СМС-сообщения я считаюсь уведомленным (извещенным) _____.
(подпись)

За достоверность представленных сведений несу полную персональную ответственность.

« _____ » _____ Г. _____ »;
(дата) (подпись заявителя) (расшифровка подписи заявителя)

г) приложение № 2 к указанному Положению исключить;
д) раздел 7 приложения № 4 к указанному Положению изложить в следующей редакции:

«7. Заполните соответствующую информацию
о перечислении социального пособия

Прошу социальное пособие выплачивать через кредитную организацию:

Наименование кредитной
организации

Номер счета заявителя

« _____ » _____ Г. _____
(дата) (подпись заявителя)

Уведомления о принимаемых решениях в ходе назначения и выплаты мне социального пособия прошу направлять посредством СМС-сообщения на номер телефона:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Я подтверждаю, что по указанному мной в настоящем заявлении номеру мобильного телефона отсутствует блокировка на входящие СМС-сообщения с коротких номеров и буквенных адресатов.

(подпись)

С момента поступления на указанный мной в настоящем заявлении номер мобильного телефона соответствующего СМС-сообщения я считаюсь уведомленным (извещенным) _____.
(подпись)

За достоверность представленных сведений несу полную персональную ответственность.

« _____ » _____ Г. _____ »;
(дата) (подпись заявителя) (расшифровка подписи заявителя)

е) в приложении № 5 к указанному Положению:

слова «Я, _____,
(фамилия, имя, отчество – при наличии, родителя
(усыновителя, опекуна, попечителя)

действующий(ая) за себя, от имени ребенка (детей), законным представителем которого (которых) являюсь, на обработку персональных данных, указанных в настоящем заявлении и прилагаемых к нему документах (заполнить нужно):

государственным казенным учреждением Архангельской области

(далее – оператор), расположенным по адресу: _____

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня, проспект,
улица, дом, корпус)

государственным автономным учреждением Архангельской области «Архангельский региональный многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг» (далее – оператор), расположенным по адресу: _____

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок,
деревня, проспект, улица, дом, корпус)

о себе и ребенке (детях), законным представителем которого (которых) являюсь, в соответствии с федеральными законами от 27 июля 2006 года № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» и от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях назначения и выплаты социальных пособий гражданам, имеющим детей, предусмотренных областным законом, _____

(согласен/не согласен)

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

Я проинформирован(а), что могу отозвать указанное согласие путем представления оператору заявления в простой письменной форме об отзыве данного в настоящем заявлении согласия на обработку персональных данных.

Мне известны последствия отзыва данного мною в настоящем заявлении согласия на обработку персональных данных, а именно: оператор блокирует персональные данные заявителя (прекращает их сбор, систематизацию, накопление, использование, в том числе передачу).

Настоящее согласие действует со дня его подписания.» исключить;
примечание исключить;

ж) в приложении № 6:

слова «Я, _____,
(фамилия, имя, отчество – при наличии, родителя (усыновителя,
опекуна, попечителя)

действующий(ая) за себя, от имени ребенка (детей), законным представителем которого (которых) являюсь, на обработку персональных данных, указанных в настоящем заявлении и прилагаемых к нему документах (заполнить нужное):

государственным казенным учреждением Архангельской области

(далее – оператор), расположенным по адресу: _____

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус)

государственным автономным учреждением Архангельской области «Архангельский региональный многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг» (далее – оператор), расположенным по адресу: _____

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус)

о себе и ребенке (детях), законным представителем которого (которых) являюсь, в соответствии с федеральными законами от 27 июля 2006 года № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» и от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях назначения и выплаты социальных пособий гражданам, имеющим детей, предусмотренных областным законом, _____

(согласен/не согласен)

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

Я проинформирован(а), что могу отозвать указанное согласие путем представления оператору заявления в простой письменной форме об отзыве данного в настоящем заявлении согласия на обработку персональных данных.

Мне известны последствия отзыва данного мною в настоящем заявлении согласия на обработку персональных данных, а именно: оператор блокирует персональные данные заявителя (прекращает их сбор, систематизацию, накопление, использование, в том числе передачу).

Настоящее согласие действует со дня его подписания.» исключить;
примечание исключить;

2) приложение № 1 к Положению о порядке предоставления единовременной денежной выплаты женщинам, родившим первого ребенка в возрасте от 18 до 25 лет включительно изложить в следующей редакции:

«ПРИЛОЖЕНИЕ № 1
к Положению о порядке
предоставления единовременной
денежной выплаты женщинам,
родившим первого ребенка
в возрасте от 18 до 25 лет
включительно

(в редакции постановления
Правительства Архангельской области
от 23 сентября 2025 г. № 818-пп)

(ф о р м а)

Руководителю государственного казенного
учреждения Архангельской области

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

адрес места жительства (места пребывания)
на территории Архангельской области:

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок,
деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)

номер контактного телефона _____

З А Я В Л Е Н И Е **о предоставлении единовременной выплаты**

Прошу назначить единовременную выплату в связи с рождением первого
ребенка _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) первого ребенка)

(дата его рождения, реквизиты документа, удостоверяющего его личность, серия, номер, дата выдачи
указываются в соответствии со свидетельством о рождении первого ребенка)

Прошу перечислить единовременную выплату _____

(сведения о реквизитах организации почтовой связи или о реквизитах счета,
открытого в кредитной организации)

Уведомления о принимаемых решениях в ходе предоставления мне
права на единовременную выплату прошу направлять:

1) о предоставлении права на единовременную выплату:
посредством СМС-сообщения на номер телефона (при условии фиксации
отправки и доставки СМС-уведомления адресату):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

;

иными способами _____;

2) об отказе в предоставлении права на единовременную выплату – в письменной форме.

Я подтверждаю, что по указанному мной в настоящем заявлении номеру мобильного телефона отсутствует блокировка на входящие СМС-сообщения с коротких номеров и буквенных адресатов _____.
(подпись)

С момента поступления на указанный мной в настоящем заявлении номер мобильного телефона соответствующего СМС-сообщения я считаюсь уведомленным (извещенным) _____.
(подпись)

Достоверность и полноту настоящих сведений подтверждаю.
Заполняется в случае подачи доверенным лицом (представителем):

(фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя или доверенного лица)

адрес места жительства: _____

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)

документ, удостоверяющий личность _____

(наименование документа, серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

(подпись)

(расшифровка подписи)

« ____ » _____ Г.
(дата)

Заполняется специалистом государственного учреждения социальной защиты населения
Архангельской области

Заявление принял специалист _____
(подпись) (расшифровка подписи)

Регистрационный № _____ « ____ » _____ 20 ____ г.

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ
(выдается заявителю)

Заявление и документы гр. _____
принял специалист _____

Регистрационный № _____ « ____ » _____ 20 ____ г.

(подпись)

(расшифровка подписи)

« ____ » _____ Г.»;
(дата)

3) в приложении № 1 к Порядку и условиях предоставления ежемесячной денежной выплаты на приобретение твердого топлива несовершеннолетним детям, являющимся гражданами Российской Федерации, имеющим место жительства (место пребывания) на территории Архангельской области, состоящим на иждивении и проживающим в семьях, где оба родителя являются инвалидами либо одинокий родитель является инвалидом, слова

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

даю согласие государственному казенному учреждению Архангельской области
«_____»,
расположенному по адресу: _____,
на обработку персональных данных, персональных данных моего ребенка

(фамилия, имя, отчество ребенка)

в соответствии с федеральными законами от 27 июля 2006 года № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» и от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях назначения и выплаты ежемесячной денежной выплаты на приобретение твердого топлива в соответствии с областным законом _____.
(согласен/не согласен)

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

Я проинформирован, что могу отозвать указанное согласие путем представления государственному учреждению заявления в простой письменной форме об отзыве данного в настоящем заявлении согласия на обработку персональных данных.

Мне известны последствия отзыва данного мною в настоящем заявлении согласия на обработку персональных данных, а именно: государственное учреждение блокирует мои персональные данные (прекращает их сбор, систематизацию, накопление, использование, в том числе передачу).

Настоящее согласие действует со дня его подписания.» исключить;

4) в Порядке регистрации многодетных семей и выдачи им удостоверений:

а) подпункт 8 пункта 12 исключить;

б) приложение № 1 к указанному Порядку изложить в следующей редакции:

«ПРИЛОЖЕНИЕ № 1
к Порядку регистрации многодетных
семей и выдачи им удостоверений
(в редакции постановления
Правительства Архангельской области
от 23 сентября 2025 г. № 818-пп)

Руководителю государственного
казенного учреждения Архангельской
области «_____»

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

Статус лица: мать, отец, приемный родитель
(нужное подчеркнуть)

адрес места жительства (пребывания)
на территории Архангельской области:

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок,
деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)

номер контактного телефона _____

(ф о р м а)

З А Я В Л Е Н И Е о регистрации многодетной семьи

Прошу зарегистрировать многодетную семью. В составе многодетной
семьи прошу учитывать _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) другого родителя (усыновителя, приемного родителя))

и следующих детей:

Фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка	Число, месяц, год рождения	Принят на воспитание в приемную семью да/нет

Уведомления о принимаемых решениях в ходе регистрации семьи
в качестве многодетной прошу направлять:

1) о регистрации многодетной семьи:
посредством СМС-сообщения на номер телефона (при условии
фиксации отправки и доставки СМС-уведомления адресату):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

иными способами _____;

2) об отказе в регистрации семьи в качестве многодетной, о прекращении действия удостоверения многодетной семьи:

на адрес электронной почты _____;

иными способами _____.

Достоверность и полноту настоящих сведений подтверждаю.

(подпись)

(расшифровка подписи)

«___» _____ Г.

(дата)

Заполняется специалистом государственного казенного учреждения
Архангельской области – отделения социальной защиты населения

Заявление принял специалист _____

(подпись) (расшифровка подписи)

Регистрационный № _____ «___» _____ 20___ г.

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ
(выдается заявителю)

Заявление и документы гр. _____
принял специалист _____

Регистрационный № _____ «___» _____ 20___ г.»;

в) приложение № 2 к указанному Порядку исключить;

г) приложение № 4 к указанному Порядку изложить в следующей редакции:

«ПРИЛОЖЕНИЕ № 4
к Порядку регистрации многодетных
семей и выдачи им удостоверений
(в редакции постановления
Правительства Архангельской области
от 23 сентября 2025 г. № 818-пп)

(ф о р м а)

Руководителю государственного казенного
учреждения Архангельской области

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

_____ (статус лица: мать, отец, приемный родитель)

документ, удостоверяющий личность

_____ (наименование)

_____ (серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

_____,
адрес места жительства (пребывания) на
территории Архангельской области:

_____ (почтовый индекс, область, район, город, село, поселок,
деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)

номер контактного телефона _____

З А Я В Л Е Н И Е **о выдаче второго экземпляра удостоверения** **многодетной семьи**

В соответствии с Порядком регистрации многодетных семей и выдачи им удостоверений, утвержденным постановлением Правительства Архангельской области от 30 декабря 2016 года № 575-пп, прошу выдать второй экземпляр удостоверения многодетной семьи.

Данные ранее выданного удостоверения: серия _____ № _____.

(подпись)

(расшифровка подписи)

« ____ » _____ Г.
(дата)

Заполняется специалистом государственного казенного учреждения

Заявление принял специалист _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

Регистрационный № _____ « ____ » _____ 20 ____ г.

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ
(выдается заявителю)

Заявление и документы гр. _____
принял специалист _____
Регистрационный № _____ « ____ » _____ 20 ____ г.

_____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)
« ____ » _____ Г.»;
(дата)

5) в Порядке предоставления мер социальной поддержки многодетным семьям:

а) в приложении № 1 к указанному Порядку слова

«Я, _____,
(фамилия, имя, отчество – при наличии, родителя (усыновителя,
опекуна, попечителя)

действующий(ая) за себя, от имени ребенка (детей), законным представителем которого (которых) являюсь, на обработку персональных данных, указанных в настоящем заявлении и прилагаемых к нему документах (заполнить нужное):

государственным казенным учреждением Архангельской области

_____ (далее – оператор), расположенным по адресу: _____

_____ (почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня, проспект,
улица, дом, корпус)

государственным автономным учреждением Архангельской области «Архангельский региональный многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг» (далее – оператор), расположенным по адресу: _____

_____ (почтовый индекс, область, район, город, село, поселок,
деревня, проспект, улица, дом, корпус)

о себе и ребенке (детях), законным представителем которого (которых) являюсь, в соответствии с федеральными законами от 27 июля 2006 года № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» и от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях назначения и выплаты социальных пособий гражданам, имеющим детей, предусмотренных областным законом, _____

(согласен/не согласен)

Настоящее согласие дается на период до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную

информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован(а), что могу отозвать указанное согласие путем представления оператору заявления в простой письменной форме об отзыве данного в настоящем заявлении согласия на обработку персональных данных.

Мне известны последствия отзыва данного мною в настоящем заявлении согласия на обработку персональных данных, а именно: оператор блокирует персональные данные заявителя (прекращает их сбор, систематизацию, накопление, использование, в том числе передачу).

Настоящее согласие действует со дня его подписания.» исключить;

б) в приложении № 2 к указанному Порядку:

в нумерационном заголовке слова «Положению о порядке назначения и выплаты социальных пособий гражданам, имеющим детей, в Архангельской области» заменить словами «Порядку предоставления мер социальной поддержки многодетным семьям»;

раздел 7 изложить в следующей редакции:

«7. Заполните соответствующую информацию
о доставке меры поддержки

Прошу меру поддержки выплачивать через кредитную организацию:

Наименование кредитной
организации

Номер счета заявителя

« ____ » _____ г.
(дата)

_____ .
(подпись заявителя)

Уведомления о принимаемых решениях в ходе назначения и выплаты меры поддержки прошу направлять посредством СМС-сообщения на номер телефона:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Я подтверждаю, что по указанному мной в настоящем заявлении номеру мобильного телефона отсутствует блокировка на входящие СМС-сообщения с коротких номеров и буквенных адресатов.

(подпись)

С момента поступления на указанный мной в настоящем заявлении номер мобильного телефона соответствующего СМС-сообщения я считаюсь уведомленным (извещенным) _____.
(подпись)

За достоверность представленных сведений несу полную персональную ответственность.

« _____ » _____ г. _____ »;
(дата) (подпись заявителя) (расшифровка подписи заявителя)

в) приложение № 4 к указанному Порядку изложить в следующей редакции:

**«ПРИЛОЖЕНИЕ № 4
к Порядку предоставления мер
социальной поддержки
многодетным семьям
(в редакции постановления
Правительства Архангельской области
от 23 сентября 2025 г. № 818-пп)**

(ф о р м а)

Руководителю государственного казенного
учреждения Архангельской области

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

_____ (статус лица: мать, отец, приемный родитель)

документ, удостоверяющий личность

_____ (наименование)

_____ (серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

_____,
адрес места жительства (пребывания) на
территории Архангельской области:

_____ (почтовый индекс, область, район, город, село, поселок,
деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)

номер контактного телефона _____

З А Я В Л Е Н И Е
о предоставлении мер социальной поддержки в виде
единовременной денежной выплаты на приобретение инвентаря

Прошу назначить и выплатить мне единовременную денежную выплату на ребенка _____
 (фамилия, имя, отчество ребенка, дата рождения)

участвовавшего _____
 (указать мероприятие, в котором принимал участие ребенок)

Сообщаю, что правом на получение единовременной денежной выплаты на указанного ребенка ранее не пользовалась (не пользовался).

Прошу перечислять денежные средства _____

(сведения о реквизитах организации почтовой связи или о реквизитах счета, открытого в кредитной организации)

При принятии решения о назначении и выплате единовременной денежной выплаты либо об отказе в назначении единовременной денежной выплаты прошу направлять мне уведомления в письменной форме.

Заполняется специалистом государственного учреждения социальной защиты населения
 Архангельской области

Заявление принял специалист _____
 (подпись) (расшифровка подписи)

Регистрационный № _____ « ____ » _____ 20 ____ г.

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ
 (выдается заявителю)

Заявление и документы гр. _____
 принял специалист _____

Регистрационный № _____ « ____ » _____ 20 ____ г.

(подпись)

(расшифровка подписи)

« ____ » _____ Г.»;
 (дата)

г) приложение № 5 к указанному Порядку изложить в следующей редакции:

«ПРИЛОЖЕНИЕ № 5
к Порядку предоставления
мер социальной поддержки
многодетным семьям
(в редакции постановления
Правительства Архангельской области
от 23 сентября 2025 г. № 818-пп)

(ф о р м а)

Руководителю государственного казенного
учреждения Архангельской области

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

_____ (статус лица: мать, отец, приемный родитель)

документ, удостоверяющий личность

_____ (наименование)

_____ (серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

_____,
адрес места жительства (места пребывания)
на территории Архангельской области:

_____ (почтовый индекс, область, район, город, село, поселок,
деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)

номер контактного телефона _____

З А Я В Л Е Н И Е

о предоставлении мер социальной поддержки в виде субсидий на приобретение механических транспортных средств

Прошу предоставить мне субсидию на приобретение механических транспортных средств.

Сообщаю, что правом на получение субсидии ранее не пользовалась (не пользовался).

При принятии решения о предоставлении субсидии либо об отказе в предоставлении субсидии прошу направлять мне уведомления в письменной форме.

Заполняется специалистом государственного учреждения социальной защиты населения
Архангельской области

Заявление принял специалист _____
(подпись) (расшифровка подписи)

Регистрационный № _____ « ____ » _____ 20 ____ г.

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ
(выдается заявителю)

Заявление и документы гр. _____
принял специалист _____

Регистрационный № _____ « ____ » _____ 20 ____ г.

(подпись)

(расшифровка подписи)

« ____ » _____ Г.»;
(дата)

д) приложение № 6 к указанному Порядку изложить в следующей редакции:

«ПРИЛОЖЕНИЕ № 6
к Порядку предоставления
мер социальной поддержки
многодетным семьям
(в редакции постановления
Правительства Архангельской области
от 23 сентября 2025 г. № 818-пп)

(ф о р м а)

Руководителю государственного казенного
учреждения Архангельской области

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

(статус лица: мать, отец, приемный родитель)

документ, удостоверяющий личность

(наименование)

(серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

_____,
адрес места жительства (места пребывания)
на территории Архангельской области:

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок,
деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)

номер контактного телефона _____

ЗАЯВЛЕНИЕ
о предоставлении мер социальной поддержки
в виде субсидии на улучшение жилищных условий

Прошу предоставить мне субсидию на улучшение жилищных условий семьи при рождении одновременно трех и более детей, предусмотренную областным законом от 05 декабря 2016 года № 496-30-ОЗ «О социальной поддержке семей, воспитывающих детей, в Архангельской области».

Сообщаю, что правом на получение субсидии ранее не пользовалась (не пользовался).

При принятии решения о предоставлении субсидии либо об отказе в предоставлении субсидии прошу направлять мне уведомления в письменной форме.

Заполняется специалистом государственного учреждения социальной защиты населения
Архангельской области

Заявление принял специалист _____

(подпись) (расшифровка подписи)

Регистрационный № _____ « _____ » _____ 20 _____ г.

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ
(выдается заявителю)

Заявление и документы гр. _____

принял специалист _____

Регистрационный № _____ « _____ » _____ 20 _____ г.

(подпись)

(расшифровка подписи)

« ____ » _____ Г.»;
(дата)

е) приложение № 6¹ к указанному Порядку изложить в следующей редакции:

«ПРИЛОЖЕНИЕ № 6¹
к Порядку предоставления
мер социальной поддержки
многодетным семьям
(в редакции постановления
Правительства Архангельской области
от 23 сентября 2025 г. № 818-пп)

(ф о р м а)

Руководителю государственного казенного
учреждения Архангельской области

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

_____ (статус лица: мать, отец, приемный родитель)

документ, удостоверяющий личность

_____ (наименование)

_____ (серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

_____,
адрес места жительства (места пребывания)
на территории Архангельской области:

_____ (почтовый индекс, область, район, город, село, поселок,
деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)

номер контактного телефона _____

З А Я В Л Е Н И Е

**о предоставлении мер социальной поддержки
в виде субсидии на улучшение жилищных условий
при рождении одновременно трех и более детей**

Прошу предоставить мне субсидию на улучшение жилищных условий семьи при рождении одновременно трех и более детей, предусмотренную

областным законом от 05 декабря 2016 года № 496-30-ОЗ «О социальной поддержке семей, воспитывающих детей, в Архангельской области».

Сообщаю, что правом на получение субсидии ранее не пользовалась (не пользовался).

При принятии решения о предоставлении субсидии либо об отказе в предоставлении субсидии прошу направлять мне уведомления в письменной форме.

Заполняется специалистом государственного учреждения социальной защиты населения
Архангельской области

Заявление принял специалист _____
(подпись) (расшифровка подписи)

Регистрационный № _____ « ____ » _____ 20 ____ г.

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ
(выдается заявителю)

Заявление и документы гр. _____
принял специалист _____

Регистрационный № _____ « ____ » _____ 20 ____ г.

« ____ » _____ Г.»;
(дата)

ж) приложение № 7 к указанному Порядку изложить в следующей редакции:

«ПРИЛОЖЕНИЕ № 7
к Порядку предоставления
мер социальной поддержки
многодетным семьям
(в редакции постановления
Правительства Архангельской области
от 23 сентября 2025 г. № 818-пп)

(ф о р м а)

Руководителю государственного казенного
учреждения Архангельской области

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

(статус лица: мать, отец, приемный родитель)

документ, удостоверяющий личность

(наименование)_____
(серия, номер, кем выдан, дата выдачи)_____
адрес места жительства (места пребывания)
на территории Архангельской области:_____
(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок,
деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)

номер контактного телефона _____

З А Я В Л Е Н И Е
о предоставлении мер социальной поддержки
в виде ежемесячной денежной выплаты при рождении
третьего ребенка или последующих детей

Прошу назначить и выплачивать мне ежемесячную денежную выплату в связи с рождением (усыновлением) третьего ребенка или последующих детей _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка, дата рождения)

Заявляю, что моя семья состоит из ____ человек, доходы моей семьи за период с «__» _____ г. по «__» _____ г. составляют:

Вид полученного дохода	Сумма дохода за три календарных месяца, предшествовавших обращению (руб., коп.)	Место получения дохода
1.		
2.		
3.		

Других доходов семья не имеет. Подтверждаю согласие на проверку указанных сведений о доходах семьи.

В случае наступления обстоятельств, являющихся основанием для приостановления либо прекращения меры социальной поддержки, предусмотренной подпунктом 14 пункта 1 статьи 17 областного закона от 05 декабря 2016 года № 496-30-ОЗ «О социальной поддержке семей, воспитывающих детей, в Архангельской области», обязуюсь в течение 10 рабочих дней сообщить об этом в государственное учреждение.

Об изменениях дохода и состава семьи, влияющих на право получение ежемесячной денежной выплаты, обязуюсь сообщить в течение одного месяца с момента их изменения.

За достоверность представленных сведений несу полную персональную ответственность.

Сообщаю, что правом на получение ежемесячной денежной выплаты ранее не пользовалась (не пользовался).

Прошу перечислять денежные средства _____

(сведения о реквизитах организации почтовой связи или о реквизитах счета, открытого в кредитной организации)

При принятии решения о назначении и выплате ежемесячной денежной выплаты, о приостановлении предоставления ежемесячной денежной выплаты либо об отказе в назначении ежемесячной денежной выплаты прошу направлять мне уведомления в письменной форме.

Заполняется специалистом государственного учреждения социальной защиты населения
Архангельской области

Заявление принял специалист _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

Регистрационный № _____ « ____ » _____ 20 ____ г.

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ
(выдается заявителю)

Заявление и документы гр. _____
принял специалист _____

Регистрационный № _____ « ____ » _____ 20 ____ г.

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

« ____ » _____ Г.»;
(дата)

б) в Порядке предоставления мер социальной поддержки по оплате коммунальных услуг несовершеннолетним детям, состоящим на иждивении и проживающим в семьях, где оба родителя являются инвалидами либо одинокий родитель является инвалидом, и семьям с тремя и более детьми, в том числе до достижения возраста 23 лет:

а) в приложении № 1 к указанному Порядку слова

«Я, _____,

(фамилия, имя, отчество – при наличии, родителя
(усыновителя, опекуна, приемного родителя)

действующий(ая) за себя, от имени ребенка (детей), законным представителем которого (которых) являюсь, на обработку персональных данных, указанных в настоящем заявлении и прилагаемых к нему документах (заполнить нужное):

государственным казенным учреждением Архангельской области

(далее – оператор), расположенным по адресу: _____

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня, проспект,
улица, дом, корпус)

государственным автономным учреждением Архангельской области «Архангельский региональный многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг» (далее – оператор), расположенным по адресу: _____

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок,
деревня, проспект, улица, дом, корпус)

о себе и ребенке (детях), законным представителем которого (которых) являюсь, в соответствии с федеральными законами от 27 июля 2006 года № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» и от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях назначения и выплаты социальных пособий гражданам, имеющим детей, предусмотренных областным законом, _____

(согласен/не согласен)

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

Я проинформирован(а), что могу отозвать указанное согласие путем представления оператору заявления в простой письменной форме об отзыве данного в настоящем заявлении согласия на обработку персональных данных.

Мне известны последствия отзыва данного мною в настоящем заявлении согласия на обработку персональных данных, а именно: оператор блокирует персональные данные заявителя (прекращает их сбор, систематизацию, накопление, использование, в том числе передачу).

Настоящее согласие действует со дня его подписания.» исключить;

б) в приложении № 2 к указанному Порядку слова

«Я, _____,

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), родителя
(усыновителя, опекуна, приемного родителя)

действующий(ая) за себя, от имени ребенка (детей), законным представителем которого (которых) являюсь, на обработку персональных данных, указанных в настоящем заявлении и прилагаемых к нему документах (заполнить нужное):

государственным казенным учреждением Архангельской области

(далее – оператор), расположенным по адресу: _____

_____ (почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус)

государственным автономным учреждением Архангельской области «Архангельский региональный многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг» (далее – оператор), расположенным по адресу: _____

_____ (почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус)

о себе и ребенке (детях), законным представителем которого (которых) являюсь, в соответствии с федеральными законами от 27 июля 2006 года № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» и от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях назначения и выплаты социальных пособий гражданам, имеющим детей, предусмотренных областным законом, _____.

(согласен/не согласен)

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

Я проинформирован(а), что могу отозвать указанное согласие путем представления оператору заявления в простой письменной форме об отзыве данного в настоящем заявлении согласия на обработку персональных данных.

Мне известны последствия отзыва данного мною в настоящем заявлении согласия на обработку персональных данных, а именно: оператор блокирует персональные данные заявителя (прекращает их сбор, систематизацию, накопление, использование, в том числе передачу).

Настоящее согласие действует со дня его подписания.» исключить;

7) в Положении о специальном дипломе «Признательность»:

а) подпункт 9 пункта 6 исключить;

б) приложение № 3 к указанному Положению исключить;

8) раздел 7 приложения № 1 к Положению о порядке назначения и выплаты ежемесячного пособия по уходу за ребенком-инвалидом изложить в следующей редакции:

«7. Заполните соответствующую информацию о доставке ежемесячного пособия по уходу за ребенком-инвалидом

Прошу ежемесячное пособие по уходу за ребенком-инвалидом выплачивать через кредитную организацию:

Наименование кредитной
организации _____

Номер счета заявителя _____

« _____ » _____ г.
(дата)

(подпись заявителя)

Уведомления о принимаемых решениях в ходе назначения мне ежемесячного пособия по уходу за ребенком-инвалидом прошу направлять посредством СМС-сообщения на номер телефона:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Я подтверждаю, что по указанному мной в настоящем заявлении номеру мобильного телефона отсутствует блокировка на входящие СМС-сообщения с коротких номеров и буквенных адресатов.

(подпись)

С момента поступления на указанный мной в настоящем заявлении номер мобильного телефона соответствующего СМС-сообщения я считаюсь уведомленным (извещенным) _____.

(подпись)

За достоверность представленных сведений несу полную персональную ответственность.

« _____ » _____ г. _____ »;
(дата) (подпись заявителя) (расшифровка подписи заявителя)

9) в приложении № 1 к Положению о порядке и условиях предоставления компенсации расходов на оплату стоимости обучения ребенка из многодетной семьи на платной основе по очной форме обучения по имеющей государственную аккредитацию образовательной программе среднего профессионального образования в организации, осуществляющей образовательную деятельность на территории Архангельской области слова «Даю согласие на получение, обработку и передачу моих персональных данных и персональных данных ребенка, законным представителем которого я являюсь, в соответствии с Федеральным законом “Об информации, информационных технологиях и о защите информации” и Федеральным законом “О персональных данных”» исключить.

11. В постановлении Правительства Архангельской области от 21 февраля 2017 года № 85-пп «О мерах по реализации областного закона «Об организации и обеспечении отдыха, оздоровления и занятости детей»:

1) в Порядке проведения предварительной заявочной кампании в Архангельской области:

- а) подпункт 5 пункта 5 исключить;
- б) подпункт 5 пункта 29 исключить;
- в) приложение № 2 к указанному Порядку исключить;

2) приложение № 1 к Порядку предоставления мер социальной поддержки в сфере обеспечения отдыха и оздоровления детей изложить в следующей редакции:

**«ПРИЛОЖЕНИЕ № 1
к Порядку предоставления мер социальной
поддержки в сфере обеспечения
отдыха и оздоровления детей
(в редакции постановления
Правительства Архангельской области
от 23 сентября 2025 г. № 818-пп)**

(ф о р м а)

Руководителю государственного казенного
учреждения Архангельской области
«Архангельский областной центр
социальной защиты населения»

от _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) родителя
(законного представителя))

адрес: _____

(почтовый индекс, область, район, населенный пункт,
улица, дом, корпус, квартира)

телефон: _____

**З А Я В Л Е Н И Е
о предоставлении единовременной денежной выплаты**

Прошу предоставить взамен ранее выданного сертификата единовременную денежную выплату на оплату (компенсацию затрат по приобретению) туристического продукта в организацию отдыха детей и их оздоровления, не состоящую в перечне организаций, в связи с тем, что ребенок

Фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка	
Число, месяц, год рождения ребенка	
Адрес места жительства ребенка	
Реквизиты свидетельства о рождении и (или) паспорта ребенка, достигшего 14 лет	

не реализовал свое право на отдых и оздоровление в _____,

(наименование организации отдыха детей и их оздоровления)

в которую ранее выдан сертификат _____,
(указываются серия и номер сертификата)

(далее – единовременная денежная выплата).

Денежные средства прошу перечислить на мой лицевой счет

(номер лицевого счета, наименование кредитной организации)

К заявлению прилагаю:

Уведомления о предоставлении единовременной денежной выплаты
прошу направлять:

на адрес электронной почты _____;

посредством СМС-сообщения на номер телефона (при условии фиксации
отправки и доставки СМС-уведомления адресату):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

иными способами _____.

«___» _____ 20__ г. _____

(подпись)

(расшифровка подписи)

Заполняется специалистом государственного казенного учреждения Архангельской области

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ

(выдается заявителю)

Заявление и документы от _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя)

на получение единовременной денежной выплаты взамен ранее выданного сертификата для ребенка _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка)

принял специалист _____
(подпись) (расшифровка подписи)

Регистрационный № _____ от « ____ » _____ 20 ____ г.».

12. В Порядке оказания помощи в социальной реабилитации лицам, находящимся в трудной жизненной ситуации, в том числе потребляющим наркотические средства и психотропные вещества в немедицинских целях, в Архангельской области, утвержденном постановлением Правительства Архангельской области от 10 мая 2018 года № 206-пп:

1) приложение № 1 к указанному Порядку изложить в следующей редакции:

«ПРИЛОЖЕНИЕ № 1
к Порядку оказания помощи
в социальной реабилитации лицам,
находящимся в трудной жизненной
ситуации, в том числе потребляющим
наркотические средства и психотропные
вещества в немедицинских целях,
в Архангельской области
(в редакции постановления
Правительства Архангельской области
от 23 сентября 2025 г. № 818-пп)

(ф о р м а)

Руководителю

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

адрес места жительства (места пребывания)
на территории Архангельской области:

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок,
деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)

номер контактного телефона _____

**«ПРИЛОЖЕНИЕ № 2
к Порядку оказания помощи
в социальной реабилитации лицам,
находящимся в трудной жизненной
ситуации, в том числе потребляющим
наркотические средства и психотропные
вещества в немедицинских целях,
в Архангельской области
(в редакции постановления
Правительства Архангельской области
от 23 сентября 2025 г. № 818-пп)**

А К Т

**об оказании помощи в социальной реабилитации лицам,
находящимся в трудной жизненной ситуации, в том числе
потребляющим наркотические средства и психотропные
вещества в немедицинских целях, в Архангельской области**

« ____ » _____ 20__ г.

(наименование организации социального обслуживания, почтовый индекс, область,
район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус)

именуемое в дальнейшем «Организация социального обслуживания», в лице

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии))

действующий(ая) на основании _____,
с одной стороны, и _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина), место жительства (место пребывания)

именуемый(ая) в дальнейшем «Получатель помощи», с другой стороны,
составили настоящий акт о том, что Получателю помощи оказана помощь
в социальной реабилитации, памятка на бумажном носителе предоставлена.

Организация социального
обслуживания

Получатель помощи в социальной
реабилитации

(наименование, адрес места нахождения)

(должность, имя, отчество
(при наличии), фамилия)

(подпись)

(имя, отчество (при наличии),
фамилия)

(подпись)

М.П.».

13. В Порядке признания граждан нуждающимися в социальном обслуживании и составления индивидуальной программы предоставления социальных услуг государственными организациями социального обслуживания граждан Архангельской области, находящимися в ведении министерства труда, занятости и социального развития Архангельской области, утвержденном постановлением Правительства Архангельской области от 18 декабря 2018 года № 594-пп:

- 1) подпункт 4 пункта 8 изложить в следующей редакции:
«4) заявление на получение уведомлений по форме согласно приложению № 1 к настоящему Порядку.»;
- 2) приложение № 1 к указанному Порядку изложить в следующей редакции:

«ПРИЛОЖЕНИЕ № 1
к Порядку признания граждан
нуждающимися в социальном обслуживании
и составления индивидуальной программы
предоставления социальных услуг
государственными организациями
социального обслуживания граждан
Архангельской области, находящимися
в ведении министерства труда,
занятости и социального развития
Архангельской области
(в редакции постановления
Правительства Архангельской области
от 23 сентября 2025 г. № 818-пп)

(ф о р м а)

В государственное казенное учреждение
Архангельской области «Архангельский
областной центр социальной защиты
населения»

от _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения)

документ, удостоверяющий личность

(наименование)

(серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

_____,
номер контактного телефона _____

З А Я В Л Е Н И Е на получение уведомлений

При принятии решения в ходе рассмотрения вопроса о предоставлении социального обслуживания прошу направлять мне уведомления:

1) о дате, времени проведения обследования условий жизнедеятельности гражданина:

на адрес электронной почты: _____;

посредством СМС-сообщения на номер телефона (при условии фиксации отправки и доставки СМС-уведомления адресату):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

иными способами _____;

2) о признании гражданина нуждающимся в социальном обслуживании:

на адрес электронной почты: _____;

посредством СМС-сообщения на номер телефона (при условии фиксации отправки и доставки СМС-уведомления адресату):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

иными способами _____;

3) об отказе в социальном обслуживании:

на адрес электронной почты: _____;

посредством СМС-сообщения на номер телефона (при условии фиксации отправки и доставки СМС-уведомления адресату):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

иными способами _____;

4) о дате времени и месте получения индивидуальной программы предоставления социальных услуг:

на адрес электронной почты: _____;

посредством СМС-сообщения на номер телефона (при условии фиксации отправки и доставки СМС-уведомления адресату):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

иными способами _____.

Я подтверждаю, что по указанному мной в настоящем согласии номеру мобильного телефона отсутствует блокировка на входящие СМС-сообщения с коротких номеров и буквенных адресатов _____.
(подпись)

С момента поступления на указанный мной в настоящем согласии номер мобильного телефона соответствующего СМС-сообщения я считаюсь уведомленным (извещенным) _____.
(подпись)

Заполняется в случае подачи заявления законным представителем
или доверенным лицом

(фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя или доверенного лица)

адрес места жительства: _____

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)

документ, удостоверяющий личность _____
(наименование)

(серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

« ____ » _____ Г. _____ _____
(дата) (подпись) (расшифровка подписи)

Заполняется специалистом государственного казенного учреждения Архангельской области
«Архангельский областной центр социальной защиты населения» или государственного
автономного учреждения Архангельской области «Архангельский региональный
многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг»

Заявление принял специалист _____
(подпись) (расшифровка подписи)

Регистрационный № _____ « ____ » _____ 20 ____ г.

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ
(выдается заявителю)

Заявление и документы гр. _____
принял специалист _____
Регистрационный № _____ « ____ » _____ 20 ____ г.

« ____ » _____ Г. _____ _____».
(дата) (подпись) (расшифровка подписи)

14. Приложение к Порядку предоставления мер социальной поддержки отдельным категориям квалифицированных специалистов, проживающих и работающих в сельских населенных пунктах, рабочих поселках (поселках городского типа) на территории Архангельской области, предусмотренных областным законом от 22 июня 2005 года № 52-4-ОЗ «О мерах социальной поддержки отдельных категорий квалифицированных специалистов, проживающих и работающих в сельских населенных пунктах, рабочих поселках (поселках городского типа)», утвержденному постановлением Правительства Архангельской области от 15 января 2019 года № 1-пп, изложить в следующей редакции:

«ПРИЛОЖЕНИЕ

к Порядку предоставления мер социальной поддержки отдельным категориям квалифицированных специалистов, проживающих и работающих в сельских населенных пунктах, рабочих поселках (поселках городского типа) на территории Архангельской области, предусмотренных областным законом от 22 июня 2005 года № 52-4-ОЗ «О мерах социальной поддержки отдельных категорий квалифицированных специалистов, проживающих и работающих в сельских населенных пунктах, рабочих поселках (поселках городского типа)»
(в редакции постановления Правительства Архангельской области от 23 сентября 2025 г. № 818-пп)

(ф о р м а)

Руководителю _____
(наименование учреждения)

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

(должность)

З А Я В Л Е Н И Е

о назначении и предоставлении мер социальной поддержки, предусмотренных областным законом от 22 июня 2005 года № 52-4-ОЗ «О мерах социальной поддержки отдельных категорий квалифицированных специалистов, проживающих и работающих в сельских населенных пунктах, рабочих поселках (поселках городского типа)»

Прошу назначить мне меры социальной поддержки в соответствии с областным законом от 22 июня 2005 года № 52-4-ОЗ «О мерах социальной поддержки отдельных категорий квалифицированных специалистов, проживающих и работающих в сельских населенных пунктах, рабочих поселках (поселках городского типа)».

Сообщаю, что проживаю в жилом помещении (нужное подчеркнуть):

не имеющем центрального отопления _____
(указать способ отопления жилого помещения)

в частном жилом фонде;

в муниципальном жилом фонде _____

_____;

(наименование наймодателя муниципального жилищного фонда в соответствии с договором социального найма жилого помещения)

государственном жилом фонде _____

_____.

(наименование наймодателя государственного жилищного фонда в соответствии с договором социального найма жилого помещения)

Заявляю, что моя семья состоит из _____ человек и совместно со мной проживают:

Фамилия, имя, отчество (при наличии) члена семьи	Число, месяц, год рождения	Родство

Прошу предоставлять меры социальной поддержки в денежной форме через кассу учреждения/перечислять _____

_____.

(сведения о реквизитах организации почтовой связи или о реквизитах счета, открытого в кредитной организации)

К заявлению прилагаю следующие документы (их копии):

1. _____

2. _____

п. _____

_____ (дата) _____ (подпись заявителя) _____ (расшифровка подписи заявителя)

Заявление и прилагаемые к нему документы приняты «__» _____ 20__ г.

_____ (должность лица, принявшего заявление) _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

_____».

(дата)

15. В Порядке оказания на территории Архангельской области дополнительной меры социальной поддержки в виде предоставления единовременной денежной выплаты военнослужащим и лицам, проходящим службу в войсках национальной гвардии Российской Федерации и имеющим специальное звание полиции, либо призванным на военную службу по мобилизации в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 21 сентября 2022 года № 647 «Об объявлении частичной мобилизации в Российской Федерации», либо заключившим контракт о пребывании в добровольческом формировании (о добровольном содействии в выполнении задач, возложенных на Вооруженные Силы Российской Федерации или войска национальной гвардии Российской Федерации), принимающим участие в специальной военной операции, проводимой на территориях Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики, Запорожской области, Херсонской области и Украины, и (или) выполняющим задачи по отражению вооруженного вторжения на территорию Российской Федерации, в ходе вооруженной провокации на Государственной границе Российской Федерации и территориях приграничных субъектов Российской Федерации, прилегающих к районам проведения указанной специальной военной операции, членам семей военнослужащих и лиц, проходивших службу в войсках национальной гвардии Российской Федерации и имевших специальное звание полиции, либо призванных на военную службу по мобилизации в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 21 сентября 2022 года № 647 «Об объявлении частичной мобилизации в Российской Федерации», либо заключивших контракт о пребывании в добровольческом формировании (о добровольном содействии в выполнении задач, возложенных на Вооруженные Силы Российской Федерации или войска национальной гвардии Российской Федерации), погибших (умерших) в результате участия в специальной военной операции, проводимой на территориях Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики, Запорожской области, Херсонской области и Украины, или в результате выполнения задач по отражению вооруженного вторжения на территорию Российской Федерации, в ходе вооруженной провокации на Государственной границе Российской Федерации и территориях приграничных субъектов Российской Федерации, прилегающих к районам проведения указанной специальной военной операции, утвержденном постановлением Правительства Архангельской области от 20 апреля 2022 года № 252-пп:

- 1) подпункт «ж» подпункта 1 пункта 6 исключить;
- 2) приложение № 2 к указанному Порядку исключить;
- 3) в приложении № 3 к указанному Порядку слова

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

на обработку персональных данных, указанных в настоящем заявлении и в прилагаемых к нему документах, в целях предоставления единовременной денежной выплаты в соответствии с Порядком № 252-пп государственным

казенным учреждением Архангельской области «Архангельский областной центр социальной защиты населения», расположенным по адресу: г. Архангельск, Архангельская область, ул. Гайдара, д. 4, корп. 1, в соответствии с федеральными законами от 27 июля 2006 года № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» и от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» _____.

(согласен/не согласен)

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

Я проинформирован, что могу отозвать указанное согласие путем представления оператору заявления в простой письменной форме об отзыве данного в настоящем заявлении согласия на обработку персональных данных.

Мне известны последствия отзыва данного мною в настоящем заявлении согласия на обработку персональных данных, а именно: оператор блокирует персональные данные заявителя (прекращает их сбор, систематизацию, накопление, использование, в том числе передачу).

Настоящее согласие действует со дня его подписания.» исключить.

16. В пункте 15 Регламента межведомственного взаимодействия министерства образования Архангельской области, министерства труда, занятости и социального развития Архангельской области, подведомственных им организаций, органов местного самоуправления муниципальных образований Архангельской области, организаций, осуществляющих образовательную деятельность по образовательным программам среднего профессионального и высшего образования на территории Архангельской области, других заинтересованных организаций по организации профориентационной работы с инвалидами молодого возраста и по содействию их трудоустройству, утвержденного постановлением Правительства Архангельской области от 16 ноября 2022 года № 926-пп, слова «при наличии согласия гражданина на обработку и передачу персональных данных участникам межведомственного взаимодействия» исключить.

17. В абзаце четвертом подпункта «в» подпункта 2 пункта 5 приложения № 2 к модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе, в Архангельской области, утвержденной постановлением Правительства Архангельской области от 17 октября 2023 года № 1005-пп, слова «получение письменного согласия на обработку персональных данных, в том числе получаемых» заменить словами «в том числе полученного».

18. В абзаце первом пункта 13 Регламента межведомственного взаимодействия, в том числе информационного взаимодействия, участников системы долговременного ухода в рамках создания и функционирования системы долговременного ухода в Архангельской области, утвержденного

постановлением Правительства Архангельской области от 28 ноября 2023 года № 1161-пп, слова «письменного согласия на обработку (передачу) персональных данных и» исключить.

19. Приложение № 1 к Положению об организации социальной занятости инвалидов на территории Архангельской области, утвержденному постановлением Правительства Архангельской области от 23 декабря 2024 года № 1160-пп, изложить в следующей редакции:

**«ПРИЛОЖЕНИЕ № 1
к Положению об организации
социальной занятости инвалидов
на территории Архангельской области
(в редакции постановления
Правительства Архангельской области
от 23 сентября 2025 г. № 818-пп)**

(ф о р м а)

Директору

(наименование государственного
учреждения Архангельской области)

ОТ _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя)

(наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность)

(сведения о месте жительства)

(контактные данные: телефон, адрес электронной почты)

**З А Я В Л Е Н И Е
о предоставлении социальной занятости**

Прошу признать _____
(указываются фамилия, имя, отчество (при наличии) инвалида)

нуждающимся в организации социальной занятости инвалида и предоставлять следующие услуги (отметить нужное):

1) услуги, направленные на определение нуждаемости инвалидов в организации социальной занятости, на подбор подходящих инвалидам несложных (простых) видов труда;

2) услуги, направленные на обучение инвалидов навыкам, необходимым для выполнения трудовых действий, правилам трудового распорядка, нормам труда и социального взаимодействия;

адрес места жительства: _____

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)

документ, удостоверяющий личность _____

(наименование документа, серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

« ____ » _____ Г. _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)
 (дата)

Заполняется работником государственного учреждения Архангельской области

Заявление принял работник _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

Регистрационный № _____ « ____ » _____ 20 ____ г.

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ

(выдается заявителю)

Заявление и документы принял работник _____

Регистрационный № _____ « ____ » _____ 20 ____ г.».

20. Абзац второй подпункта 5 пункта 6 Положения о порядке и условиях предоставления на территории Архангельской области отдельным категориям граждан дополнительной меры социальной поддержки в виде компенсации расходов за проведение добровольной государственной геномной регистрации, утвержденного постановлением Правительства Архангельской области от 25 февраля 2025 года № 145-пп, исключить.

