



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

**ПРИКАЗ**

от 30 ноября 2023 г.

№ 1642

г. Чита

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

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

1. Утвердить прилагаемую форму заявления о предоставлении компенсации расходов за первичное медицинское обследование участникам государственной программы и членам их семей.

2. Утвердить прилагаемую форму согласия на обработку персональных данных участника государственной программы и членов его семьи.

3. Разместить (опубликовать) настоящий приказ на сайте в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» «Официальный интернет-портал правовой информации исполнительных органов государственной власти Забайкальского края» (<http://право.зabayкальскийкрай.рф>), на официальном сайте Министерства труда и социальной защиты населения Забайкальского края (<https://minsoc.75.ru>).

И.о. министра



Е.В.Нижегородцева



Сведения об участнике Государственной программы и членах его семьи<sup>1</sup>:

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

(когда и кем выдан)

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

(когда и кем выдано)

\_\_\_\_\_, срок действия свидетельства \_\_\_\_\_

3. Место регистрации: \_\_\_\_\_

3. Место фактического проживания: \_\_\_\_\_

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

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

Я, \_\_\_\_\_

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

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

<sup>1</sup> Заполняется собственноручно

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

\_\_\_\_\_ (личное вручение, почтовое отправление)

К заявлению прилагаю следующие документы:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ дата

\_\_\_\_\_ подпись

\_\_\_\_\_ расшифровка подписи

\_\_\_\_\_



УТВЕРЖДЕНО  
 приказом Министерства труда и  
 социальной защиты населения  
 Забайкальского края  
 от 30 ноября 2023 года № 1642

ФОРМА

## СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_,  
 (фамилия, имя, отчество (при наличии))

зарегистрирован(а) по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  
 документ, удостоверяющий личность

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

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

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

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

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

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

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

---

Фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии)

---

дата

---

подпись

---