

Приложение № 4
к приказу Министерства труда
и социальной защиты
Российской Федерации
от 6 февраля 2024 г. № 464

Форма

Согласие
родителя (иного законного представителя) ребенка-инвалида на
обработку персональных данных в рамках реализации пилотного
проекта по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации
детей-инвалидов

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) субъекта персональных данных)

зарегистрированный (зарегистрированная) по адресу _____,

документ, удостоверяющий личность _____

(наименование вида документа, серия и номер документа, наименование органа, выдавшего документ, дата выдачи документа)

являюсь родителем/иным законным представителем ребенка-инвалида,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка-инвалида)

(реквизиты документа, подтверждающего полномочия иного законного представителя ребенка-инвалида)

приходящегося мне _____, зарегистрированного по адресу:

в целях приобретения услуги по комплексной реабилитации и абилитации в пользу ребенка-инвалида в рамках участия в пилотном проекте по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов, Правила реализации которого утверждены постановлением Правительства Российской Федерации от 17 декабря 2021 г. № 2339 (далее – пилотный проект), в соответствии с пунктом 4 статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие

(наименование оператора, получающего согласие субъекта персональных данных)

(далее – оператор),

находящегося по адресу: _____,
на обработку моих персональных данных и персональных данных ребенка-инвалида, то есть на совершение действий, предусмотренных пунктом 3 статьи 3 Федерального закона

от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», а также на передачу такой информации другим участникам пилотного проекта (Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации; Фонд пенсионного и социального страхования Российской Федерации и его территориальные органы в пилотных субъектах Российской Федерации; организации, оказывающие услуги по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов с использованием электронного сертификата в пилотных субъектах Российской Федерации; федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации; федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научно-образовательный центр медико-социальной экспертизы и реабилитации им. Г. А. Альбрехта» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации) и третьим лицам, в случаях, установленных законодательством Российской Федерации.

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие:

- фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка-инвалида и законного представителя;
- дата рождения (день, месяц, год) ребенка-инвалида и законного представителя;
- сведения о гражданстве ребенка-инвалида и законного представителя;
- реквизиты документа, удостоверяющего личность ребенка-инвалида и законного представителя;
- страховой номер индивидуального лицевого счета ребенка-инвалида и законного представителя;
- адрес фактического места проживания и регистрации по месту жительства и (или) по месту пребывания ребенка-инвалида и законного представителя;
- документ, удостоверяющий полномочия законного представителя ребенка-инвалида;
- сведения о состоянии здоровья ребенка-инвалида, в том числе: диагнозы основного и сопутствующего заболеваний; виды и степени выраженности стойких нарушений функций организма ребенка-инвалида, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами; виды и степени выраженности ограничений жизнедеятельности;
- сведения о результатах оказания услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов (далее - услуга) для оценки эффективности их проведения;
- сведения о фактически оказанных услугах и об объеме таких услуг;
- сведения о нуждаемости в оказании услуг;
- почтовый и электронный адреса законного представителя;
- номера телефонов законного представителя;
- иные персональные данные в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, которые могут потребоваться для целей пилотного проекта.

Настоящее согласие действует со дня его подписания, действует бессрочно и может быть отозвано мной в любое время путем подачи оператору письменного заявления.

Я также даю/не даю (нужное подчеркнуть) свое согласие на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи, в том числе путем пересылки мне SMS-сообщений.

фамилия, имя, отчество (при наличии)
родителя (иного законного представителя)
ребенка-инвалида

подпись

дата (число, месяц, год)

Приложение
к согласию родителя (иного законного
представителя) ребенка-инвалида на
обработку персональных данных в рамках
реализации пилотного проекта по оказанию
услуг по комплексной реабилитации и
абилитации детей-инвалидов

**Сведения
для приобретения комплексной реабилитации и абилитации в пользу детей-
инвалидов в рамках реализации пилотного проекта по оказанию услуг по
комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов**

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) субъекта персональных данных)

в целях приобретения услуги по комплексной реабилитации и абилитации в пользу ребенка-инвалида в рамках участия в пилотном проекте по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов, Правила реализации которого утверждены постановлением Правительства Российской Федерации от 17 декабря 2021 г. № 2339, сообщаю номер национального платежного инструмента потребителя

(указать номер банковской карты платежной системы «МИР» родителя (законного представителя) ребенка-инвалида (16 цифр))

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

подпись

дата (число, месяц, год)