



ПРАВИТЕЛЬСТВО ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

От 19.09.2022

г. Вологда

№ 1147

О внесении изменений в постановление Правительства области от 31 января 2011 года № 54

Правительство области **ПОСТАНОВЛЯЕТ:**

1. Внести в Положение о порядке и условиях предоставления единовременной материальной помощи гражданам, находящимся в трудной жизненной ситуации, утвержденное постановлением Правительства области от 31 января 2011 года № 54, следующие изменения:

1.1 в разделе I:

в пункте 1.2:

подпункт 1.2.2 дополнить подпунктом «в» следующего содержания:

«; в) письменное согласие заявителя (члена его семьи) на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, оформленное по образцу согласно приложению 5 к настоящему Порядку, – в случае если для подтверждения трудной жизненной ситуации необходимы сведения, составляющие врачебную тайну, и они не представлены заявителем (представителем заявителя)»;

подпункт «в» подпункта 1.2.4 признать утратившим силу;

1.2 в разделе II:

в пункте 2.2:

подпункт 2.2.2 дополнить подпунктом «в» следующего содержания:

«; в) письменное согласие заявителя (члена его семьи) на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, оформленное по образцу согласно приложению 5¹ к настоящему Порядку, – в случае если для подтверждения трудной жизненной ситуации необходимы сведения, составляющие врачебную тайну, и они не представлены заявителем (представителем заявителя)»;

подпункт «в» подпункта 2.2.3 признать утратившим силу;

1.3 в абзаце втором пункта 2.5 слова и цифру «абзацем четвертым пункта 2 настоящего постановления» заменить словами и цифрой «абзацем пятым пункта 2 настоящего постановления»;

1.4 в таблице приложения 1 к Порядку исключить строки:

«

Если для подтверждения трудной жизненной ситуации необходимы сведения медицинской организации	
Наименование медицинской организации, Ф.И.О. заявителя или члена его семьи, в отношении которого для подтверждения трудной жизненной ситуации запрашиваются сведения в медицинской организации	
Согласен на предоставление медицинской организацией следующих сведений, необходимых для подтверждения трудной жизненной ситуации:	
1. _____ _____	
(указать наименование медицинской организации и сведения, в отношении которых дается согласие) _____	
(подпись заявителя или члена его семьи)	
2. _____ _____	
(указать наименование медицинской организации и сведения, в отношении которых дается согласие) _____	
(подпись заявителя или члена его семьи)	
3. _____ _____	
(указать наименование медицинской организации и сведения, в отношении которых дается согласие) _____	
(подпись заявителя или члена его семьи)	

»;

1.5 в таблице приложения 1¹ к Порядку исключить строки:

«

Если для подтверждения трудной жизненной ситуации необходимы сведения медицинской организации	
Наименование медицинской организации, Ф.И.О. заявителя или члена его семьи, в отношении которого для подтверждения трудной жизненной ситуации запрашиваются сведения в медицинской организации	

»;

1.6 в таблице приложения 3 к Порядку исключить строки:

«

Если для подтверждения трудной жизненной ситуации необходимы сведения медицинской организации	
Наименование медицинской организации, Ф.И.О. заявителя или члена его семьи, в отношении которого для подтверждения трудной жизненной ситуации запрашиваются сведения в медицинской организации	
Согласен на предоставление медицинской организацией следующих сведений, необходимых для подтверждения трудной жизненной ситуации:	
1. _____ _____	
(указать наименование медицинской организации и сведения, в отношении которых дается согласие)	

(подпись заявителя или члена его семьи)	
2. _____ _____	
(указать наименование медицинской организации и сведения, в отношении которых дается согласие)	

(подпись заявителя или члена его семьи)	
3. _____ _____	
(указать наименование медицинской организации и сведения, в отношении которых дается согласие)	

(подпись заявителя или члена его семьи)	

»;

1.7 в таблице приложения 3¹ к Порядку исключить строки:

«

Если для подтверждения трудной жизненной ситуации необходимы сведения медицинской организации	
Наименование медицинской организации, Ф.И.О. заявителя или члена его семьи, в отношении которого для подтверждения трудной жизненной ситуации запрашиваются сведения в медицинской организации	

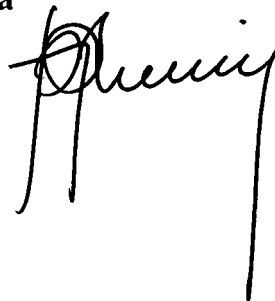
»;

1.8 дополнить приложением 5 согласно приложению 1 к настоящему постановлению;

1.9 дополнить приложением 5¹ согласно приложению 2 к настоящему постановлению.

2. Настоящее постановление вступает в силу по истечении десяти дней после дня его официального опубликования.

**По поручению Губернатора области
заместитель Губернатора области,
полномочный представитель Губернатора
области и Правительства области
в Законодательном Собрании области**



Э.Н. Зайнак

Приложение 1
к постановлению
Правительства области
от 19.09.2022 № 1147

«Приложение 5
к Порядку

Образец

В _____
(наименование, адрес медицинской организации)

Согласие
на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)
проживающая(ий) по адресу: _____

сведения о регистрации по месту жительства (месту пребывания): _____

документ, удостоверяющий личность:

наименование документа		серия	
номер		дата выдачи	
кем выдан		дата рождения	

в целях назначения мне (моей семье) единовременной материальной помощи в связи с трудной жизненной ситуацией в соответствии с законом области от 1 марта 2005 года № 1236-ОЗ «О государственной социальной помощи в Вологодской области», на основании части 3 статьи 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю согласие на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну: моих сведений, сведений ребенка, законным представителем которого я являюсь (нужное подчеркнуть),
а именно:

(указать перечень сведений, в отношении которых дается согласие на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну)

_____.

Подтверждаю согласие на разглашение указанных мною сведений казенному учреждению Вологодской области «Центр социальных выплат», расположенному по адресу: г. Вологда, ул. Благовещенская, д. 9,

_____,
(наименование, адрес Комплексного центра социального обслуживания населения области)

Согласие действует с момента его подачи до моего письменного отзыва данного согласия.

(дата)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество)»

Приложение 2
к постановлению
Правительства области
от 19.09.2022 № 1147

«Приложение 5¹
к Порядку

Образец

В _____
(наименование, адрес медицинской организации)

Согласие

на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

проживающая(ий) по адресу: _____

_____,
сведения о регистрации по месту жительства (месту пребывания): _____

_____,
документ, удостоверяющий личность:

наименование документа		серия	
номер		дата выдачи	
кем выдан		дата рождения	

в целях назначения мне (моей семье) единовременной материальной помощи в связи с трудной жизненной ситуацией, связанной с отсутствием денежных средств на нужды жизнеобеспечения, возникшей в результате обстоятельств, объективно нарушающих мою (моей семьи) жизнедеятельность, которые я (моя семья) не могу преодолеть самостоятельно, в соответствии с законом области от 1 марта 2005 года № 1236-ОЗ «О государственной социальной помощи в Вологодской области», на основании части 3 статьи 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю согласие на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну: моих сведений, сведений ребенка, законным представителем которого я являюсь (нужное подчеркнуть),

а именно: _____
(указать перечень сведений, в отношении которых дается согласие на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну)

Подтверждаю согласие на разглашение указанных мною сведений казенному учреждению Вологодской области «Центр социальных выплат», расположенному по адресу: г. Вологда, ул. Благовещенская, д. 9,

Согласие действует с момента его подачи до моего письменного отзыва данного согласия.

(дата)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество)»