



ПРАВИТЕЛЬСТВО ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

От 17.07.2023

г. Вологда

№ 819

О внесении изменений в постановления Правительства области от 8 февраля 2016 года № 101 и от 15 февраля 2016 года № 114

Правительство области **ПОСТАНОВЛЯЕТ:**

1. Внести в Порядок назначения и выплаты ежемесячного социального пособия лицам с хронической почечной недостаточностью, получающим лечение методом диализа, утвержденный постановлением Правительства области от 8 февраля 2016 года № 101, следующие изменения:

пункт 4 дополнить подпунктом «3» следующего содержания:

«; 3) письменное согласие заявителя на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, оформленное по образцу согласно приложению 4 к настоящему Порядку, - в случае если сведения о проведении лечения методом диализа не представлены заявителем»;

в пункте 5:

в абзаце втором слова и цифры «подпунктами 1 и 2 пункта 4» заменить словами и цифрами «подпунктами 1 - 3 пункта 4»;

подпункт 3 признать утратившим силу;

в абзаце втором пункта 9 слова «(многофункциональный центр)» исключить;

в абзаце первом пункта 10 слова «(многофункциональный центр)» исключить;

пункт 12 изложить в следующей редакции:

«12. Выплата пособия осуществляется КУ ВО «Центр социальных выплат» через кредитные организации, а в случаях отсутствия в населенных пунктах кредитных организаций, достижения заявителем возраста 80 лет или наличия у заявителя инвалидности I группы через организации федеральной почтовой связи либо через кредитные организации по выбору гражданина.

Кредитным организациям, организациям федеральной почтовой связи, денежные средства перечисляются с учетом сумм на оплату услуг в соответствии с заключенными договорами.»;

в подпункте «б» пункта 13 цифру «6» заменить цифрой «3»;

приложение 1 к Порядку изложить в новой редакции согласно приложению 1 к настоящему постановлению;

приложение 2 к Порядку изложить в новой редакции согласно приложению 2 к настоящему постановлению;

дополнить приложением 4 согласно приложению 3 к настоящему постановлению.

2. Внести в Порядок предоставления компенсации расходов по оплате проезда (туда и обратно) один раз в год по территории Российской Федерации реабилитированным лицам, утвержденный постановлением Правительства области от 15 февраля 2016 года № 114, следующие изменения:

в пункте 11 слова «(многофункционального центра)» исключить;

в пункте 14 слова «(многофункциональным центром)» исключить;

пункт 16 изложить в следующей редакции:

«16. Выплата компенсации производится КУ ВО «Центр социальных выплат» в течение 18 рабочих дней со дня принятия решения о назначении компенсации путем перечисления денежных средств через кредитные организации, а в случаях отсутствия в населенных пунктах кредитных организаций, достижения заявителем возраста 80 лет или наличия у заявителя инвалидности I группы через организации федеральной почтовой связи либо через кредитные организации по выбору гражданина.

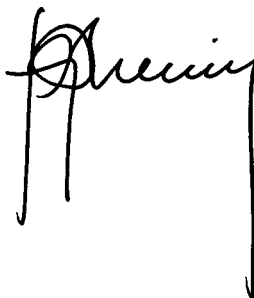
Кредитным организациям, организациям федеральной почтовой связи, денежные средства перечисляются с учетом сумм на оплату услуг в соответствии с заключенными договорами.»;

в приложении 1 к Порядку слова «1) организацию почтовой связи» заменить словами «1) организацию почтовой связи (индекс отделения почтовой связи может быть указан в случае отсутствия в населенных пунктах кредитных организаций, достижения заявителем возраста 80 лет или наличия у заявителя инвалидности I группы)»;

в приложении 2 к Порядку слова «1) отделение почтовой связи» заменить словами «1) отделение почтовой связи (индекс отделения почтовой связи может быть указан в случае отсутствия в населенных пунктах кредитных организаций, достижения заявителем возраста 80 лет или наличия у заявителя инвалидности I группы)».

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

По поручению Губернатора области
первый заместитель Губернатора области



Э.Н. Зайнак

Приложение 1
к постановлению
Правительства области
от 17.07.2023 № 819

«Приложение 1 к Порядку

Образец

В КУ ВО «Центр социальных выплат»

ЗАЯВЛЕНИЕ

о назначении ежемесячного социального пособия

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

проживающая (ий) по адресу: _____,
(указывается адрес фактического проживания)

дата рождения _____, документ, удостоверяющий личность _____

(документ, серия, №, дата выдачи, кем выдан)

прошу назначить мне ежемесячное социальное пособие в соответствии с законом области от 26 сентября 2008 года № 1833-ОЗ «О ежемесячном социальном пособии лицам с хронической почечной недостаточностью, получающим лечение методом диализа».

1. Сообщаю:

сведения о регистрации по месту жительства: _____

(указываются на основании записи в паспорте)

сведения о регистрации по месту пребывания: _____

(указываются на основании документа, подтверждающего регистрацию по месту пребывания)

контактный телефон: _____.

2. Выплату прошу производить через:

1) отделение почтовой связи (индекс отделения почтовой связи может быть указан в случае отсутствия в населенных пунктах кредитных организаций, достижения заявителем возраста 80 лет или наличия у заявителя инвалидности I группы) _____,

2) кредитную организацию _____.

(№ счета и наименование кредитной организации)

3. Подтверждаю, что мне разъяснено об обязанности извещать в срок не позднее 5 дней КУ ВО «Центр социальных выплат» об обстоятельствах, влекущих прекращение выплаты ежемесячного социального пособия.

«__» _____ 20__ г. _____

(подпись заявителя)

«__» _____ 20__ г. № _____

(дата и номер регистрации заявления)

(подпись специалиста)»

Приложение 2
к постановлению
Правительства области
от 17.07.2023 № 819

«Приложение 2 к Порядку

Образец

В КУ ВО «Центр социальных выплат»

_____ (фамилия, имя, отчество, паспортные данные)

_____ (реквизиты документа, подтверждающего

_____ полномочия представителя заявителя)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о назначении ежемесячного социального пособия

Прошу назначить _____,
(фамилия, имя, отчество гражданина-доверителя)
проживающему (ей) по адресу: _____,
(указывается адрес фактического проживания)
сведения о регистрации по месту жительства: _____,
(указываются на основании записи в паспорте)
дата рождения гражданина-доверителя _____,
документ, удостоверяющий личность гражданина-доверителя: _____

(серия, №, дата выдачи, кем выдан)

ежемесячное социальное пособие в соответствии с законом области от 26 сентября 2008 года № 1833-ОЗ «О ежемесячном социальном пособии лицам с хронической почечной недостаточностью, получающим лечение методом диализа».

1. Сообщаю:

сведения о регистрации по месту жительства гражданина-доверителя:

_____ (указываются на основании документа, подтверждающего регистрацию по месту пребывания)
контактный телефон: _____.

2. Выплату прошу производить через:

1) отделение почтовой связи (индекс отделения почтовой связи может быть указан в случае отсутствия в населенных пунктах кредитных организаций, достижения заявителем возраста 80 лет или наличия у заявителя инвалидности I группы) _____,

2) кредитную организацию _____.

(№ счета и наименование кредитной организации)

3. Подтверждаю, что мне разъяснено об обязанности получателя ежемесячного пособия извещать в срок не позднее 5 дней КУ ВО «Центр

социальных выплат» об обстоятельствах, влекущих прекращение выплаты ежемесячного социального пособия.

«__» _____ 20__ г.

(подпись представителя заявителя)

«__» _____ 20__ г. №
(дата и номер регистрации заявления)

(подпись специалиста)»

Приложение 3
к постановлению
Правительства области
от 17.07.2023 № 819

«Приложение 4 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 ежемесячного социального пособия в соответствии с законом области от 26 сентября 2008 года № 1833-ОЗ «О ежемесячном социальном пособии лицам с хронической недостаточностью, получающим лечение методом диализа» 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)»