



Правовое управление правительства
Воронежской области

ЗАРЕГИСТРИРОВАНО

Департамент социальной защиты
Воронежской области

№ 02 2019 г.

Регистрационный номер № 84

ПРИКАЗ

29.01.2019

№ 7/н

Воронеж

О внесении изменений в приказ департамента социальной защиты Воронежской области от 20.02.2017 № 6/н

В целях приведения нормативных правовых актов департамента социальной защиты Воронежской области в соответствие действующему законодательству

п р и к а з ы в а ю:

1. Внести в приказ департамента социальной защиты Воронежской области от 20.02.2017 № 6/н «Об утверждении Правил выплаты инвалидам (в том числе детям-инвалидам), имеющим транспортные средства в соответствии с медицинскими показаниями, или их законным представителям компенсации уплаченной ими страховой премии по договору обязательного страхования гражданской ответственности владельцев транспортных средств» (в редакции приказа департамента социальной защиты Воронежской области от 25.07.2017 № 36/н) следующие изменения:

1.1. В пункте 2 приказа после слов «г. Нововоронежа,» дополнить словами «Борисоглебского городского округа,».

1.2. В пункте 6 приказа слова «Кузнецова В.Н.» заменить словами «Воронцову В.В.».

2. Внести в Правила выплаты инвалидам (в том числе детям-инвалидам), имеющим транспортные средства в соответствии с медицинскими показаниями, или их законным представителям компенсаций страховых премий по договору обязательного страхования гражданской ответственности владельцев транспортных средств, утвержденные приказом

департамента социальной защиты Воронежской области от 20.02.2017 № 6/н (далее – Правила), следующие изменения:

2.1. В пункте 2.1 раздела 2 Правил после слов «г. Нововоронежа,» дополнить словами «Борисоглебского городского округа,».

2.2. Абзац восьмой пункта 2.2 раздела 2 Правил изложить в следующей редакции:

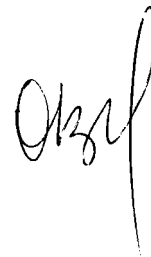
«- индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида), разработанная и выданная федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы, содержащая заключение о наличии медицинских показаний для приобретения инвалидом (ребенком-инвалидом) транспортного средства за свой счет либо других разрешенных источников.».

2.3. Приложение № 1 к Правилам изложить в новой редакции, согласно приложению № 1 к настоящему приказу.

2.4. Приложение № 2 к Правилам изложить в новой редакции, согласно приложению № 2 к настоящему приказу.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя руководителя департамента Воронцову В.В.

Руководитель департамента



О.В. Сергеева

Приложение № 1
к приказу департамента
социальной защиты
Воронежской области
от 29.01.2019 № 7/н

«Приложение № 1
к Правилам
выплаты инвалидам (в том числе детям-инвалидам),
имеющим транспортные средства в соответствии с
медицинскими показаниями, или их законным
представителям компенсации уплаченной ими страховой
премий по договору обязательного страхования гражданской
ответственности владельцев транспортных средств

Директору
КУВО «УСЗН»

(г. Нововоронежа, Борисоглебского городского округа,
района г. Воронежа и Воронежской области)

(Ф.И.О. директора КУВО «УСЗН»)

(Ф.И.О. заявителя указывается полностью)
зарегистрированного(ой) по адресу:

(индекс, адрес места жительства (пребывания), телефон)

(наименование и реквизиты документа, удостоверяющего

личность, наименование и реквизиты документа,

подтверждающего полномочия законного представителя)

заявление.

Прошу назначить мне компенсацию страховых премий в соответствии со статьей 17 Федерального закона от 25.04.2002 № 40-ФЗ «Об обязательном страховании гражданской ответственности владельцев транспортных средств».

Уведомление о принятом решении прошу направить

(способ извещения)

Средства на выплату денежной выплаты прошу перечислять через:

1. Структурное подразделение организации почтовой связи _____.

(указать полное наименование и № почтового отделения)

2. Отделение кредитной организации банковской системы Российской Федерации _____.

(указать полное наименование кредитной организации (филиала) и номер лицевого счета)

В случае переплаты компенсации страховых премий обязуюсь добровольно вернуть денежные средства в соответствии с действующим законодательством.

Предупрежден(а) об ответственности за представление недостоверной информации.

Для назначения денежной выплаты мною представлены

№ п/п	Наименование документа	Количество представленных экземпляров	Количество листов
1.			
2.			
3.			
4.			
и т.д.			
Дата подачи заявления		Подпись заявителя	
Данные, указанные в заявлении, соответствуют документу, удостоверяющему личность. Документы, представленные заявителем, соответствуют требованиям действующего законодательства		Фамилия, имя, отчество полностью и подпись специалиста КУВО «УСЗН _____» (г. Нововоронежа, Борисоглебского городского округа, района г. Воронежа и Воронежской области), принявшего заявление и документы	

Заявление зарегистрировано в специальном журнале регистрации заявлений и решений « _____ » _____ 20 ____ года.

Регистрационный номер заявления № _____.

(линия отреза)**Расписка-уведомление о принятом заявлении и документах**
(заполняется КУВО «УСЗН» района и выдается на руки заявителю)Заявление и документы гр. _____
(фамилия, имя, отчество)приняты в КУВО «УСЗН» _____».
(г. Нововоронежа, Борисоглебского городского округа,
района г. Воронежа и Воронежской области)

Дата приема заявления и необходимых документов	Регистрационный номер заявления	Фамилия, имя, отчество и телефон специалиста КУВО «УСЗН», принявшего заявление и документы

СОГЛАСИЕ
на обработку и использование персональных данных

Я, _____,

(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных, представителя
субъекта персональных данных)

зарегистрирован(а) по адресу: _____

паспорт или иной документ, удостоверяющий личность: _____

(наименование документа, серия, №, сведения о дате выдаче документа
и выдавшем его органе)

в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006
№ 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие на автоматизированную,
а также без использования средств автоматизации обработку моих
персональных данных, содержащихся в заявлении о назначении компенсации
страховых премий, а именно:

- фамилия, имя, отчество;
- пол;
- день, месяц, год и место рождения;
- документ, удостоверяющий личность, и его реквизиты;
- почтовый индекс, адрес регистрации по месту жительства (месту пребывания) и адрес фактического проживания;
- телефонный номер (домашний, рабочий, мобильный), адрес электронной почты;
- иные сведения, указанные в заявлении и в приложенных к нему документах.

Подтверждаю свое согласие на осуществление следующих действий с персональными данными: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а также иных действий, необходимых для обработки персональных данных (в том числе обработку персональных данных посредством запросов информации и необходимых документов) представленных: _____

_____ (наименование оператора)

расположенному по адресу: _____,

с целью назначения компенсации страховых премий.

Настоящее согласие вступает в силу со дня его подписания и действует до его отзыва или до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе после достижения цели обработки персональных данных.

Отзыв заявления осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации.

«__» _____

Субъект персональных данных: _____ / _____».
(подпись) (Ф.И.О)

Приложение № 2
к приказу департамента
социальной защиты
Воронежской области
от 29.01.2019 № 7/н

«Приложение № 2
к Правилам
выплаты инвалидам (в том числе детям-инвалидам),
имеющим транспортные средства в соответствии с
медицинскими показаниями, или их законным
представителям компенсации уплаченной ими страховой
премий по договору обязательного страхования гражданской
ответственности владельцев транспортных средств

ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ ЗАЯВЛЕНИЙ И РЕШЕНИЙ
ДЛЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ КОМПЕНСАЦИИ СТРАХОВЫХ ПРЕМИЙ
КАЗЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ «УПРАВЛЕНИЕ
СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ

»
(г. Нововоронежа, Борисоглебского городского округа, района г. Воронежа и Воронежской области)

№ п/ п	Дата прие ма заявл ения	Данные о заявителе		Фамилия, имя, отчество специалиста КУВО «УСЗН _____ _____» (г.Нововоронежа, Борисоглебского городского округа, района г. Воронежа и Воронежской области)	Дата реше ния	Размер компенсации страховых премий	Период, за который выплачи вается компенс ация страхо вых премий	Приме чание
		Фами лия, имя, отчест во	Адрес места жител ьства					
1	2	3	4	5	6	7	8	9

».