



**ПРАВИТЕЛЬСТВО КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ
МИНИСТЕРСТВО СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ**

П Р И К А З

01.07.2024

№ 410

Калининград

**О реализации постановления
Правительства Калининградской области
от 05 апреля 2024 года № 134-п «О дополнительных разовых мерах
социальной поддержки в 2024 году репатриантов – участников
Государственной программы по оказанию содействия добровольному
переселению в Российскую Федерацию соотечественников, проживающих
за рубежом, утвержденной Указом Президента Российской Федерации от
22 июня 2006 года № 637 «О мерах по оказанию содействия добровольному
переселению в Российскую Федерацию соотечественников, проживающих
за рубежом», и членов их семей, прибывших в Калининградскую область**

В соответствии с подпунктом 8 пункта 19 положения о Министерстве социальной политики Калининградской области, утвержденного постановлением Правительства Калининградской области от 28 октября 2005 года № 13 «О Министерстве социальной политики Калининградской области», **п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить прилагаемые формы:

1) заявление на предоставление дополнительной разовой меры социальной поддержки репатриантов – участников Государственной программы по оказанию содействия добровольному переселению в Российскую Федерацию соотечественников, проживающих за рубежом и членов их семей, прибывших в Калининградскую область, в виде денежной выплаты;

2) заявление на предоставление дополнительной разовой меры социальной поддержки в виде компенсации расходов репатриантов-участников Государственной программы по оказанию содействия добровольному переселению в Российскую Федерацию соотечественников, проживающих за рубежом, утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 22 июня 2006 года № 637, и членов их семей на медицинское освидетельствование;

3) заявление на предоставление дополнительной разовой меры социальной поддержки в виде компенсации расходов репатриантов-участников Государственной программы по оказанию

содействия добровольному переселению в Российскую Федерацию соотечественников, проживающих за рубежом, утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 22 июня 2006 года № 637, и членов их семей на признание ученых степеней, ученых званий, образования и (или) квалификации, полученных в иностранном государстве;

4) заявление на предоставление дополнительной разовой меры социальной поддержки репатриантов – участников Государственной программы по оказанию содействия добровольному переселению в Российскую Федерацию соотечественников, проживающих за рубежом и членов их семей, прибывших в Калининградскую область, в виде компенсации расходов на социальную адаптацию;

5) отчет об использовании средств, выделенных на предоставление дополнительной разовой меры социальной поддержки репатриантов – участников Государственной программы по оказанию содействия добровольному переселению в Российскую Федерацию соотечественников, проживающих за рубежом и членов их семей, прибывших в Калининградскую область, в виде денежной выплаты;

6) отчет об использовании средств, выделенных на предоставление дополнительной разовой меры социальной поддержки репатриантов – участников Государственной программы по оказанию содействия добровольному переселению в Российскую Федерацию соотечественников, проживающих за рубежом и членов их семей, прибывших в Калининградскую область, в виде денежной выплаты.

2. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра социальной политики Калининградской области Левину В.Ф.

3. Приказ вступает в силу со дня его подписания и подлежит официальному опубликованию.

Министр социальной
политики Калининградской области



А.В. Майстер

УТВЕРЖДЕНА
приказом Министерства социальной
политики Калининградской области
от 01.07.2024 № 410

ФОРМА

Государственное казенное учреждение
Калининградской области «Центр содействия
переселению «Соотечественник»

от _____
(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии))

зарегистрированного (ой) по адресу:

адрес электронной почты: _____

контактный телефон: _____

З А Я В Л Е Н И Е

**на предоставление дополнительной разовой меры социальной поддержки
репатриантов – участников Государственной программы по оказанию
содействия добровольному переселению в Российскую Федерацию
соотечественников, проживающих за рубежом и членов их семей,
прибывших в Калининградскую область,
в виде денежной выплаты**

Прошу предоставить мне и членам моей семьи денежную выплату, предусмотренную постановлением Правительства Калининградской области 05 апреля 2024 года № 134-п «О дополнительных разовых мерах социальной поддержки в 2024 году репатриантов – участников Государственной программы по оказанию содействия добровольному переселению в Российскую Федерацию соотечественников, проживающих за рубежом, утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 22 июня 2006 года № 637 «О мерах по оказанию содействия добровольному переселению в Российскую Федерацию соотечественников, проживающих за рубежом», и членов их семей, прибывших в Калининградскую область» (далее – выплата)

№ п/п	Фамилия, имя отчество (последнее- при наличии)	Дата рождения	Степень родства	Сумма компенсации (руб.)
				32000

Я, _____,
и члены моей семьи, указанные в свидетельстве участника Государственной программы по оказанию содействия добровольному переселению в Российскую Федерацию соотечественников, проживающих за рубежом (далее - свидетельство участника Госпрограммы) ранее не получал(а) выплату, предупрежден(а) о разовом характере данной меры социальной поддержки, ответственности за достоверность представленных в государственное казенное учреждение Калининградской области «Центр содействия переселению «Соотечественник» (далее – Центр) сведений и документов в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Я согласен(-на) на обработку персональных данных, указанных в данном заявлении, и прилагаемых к нему документов, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, уничтожение, для проверки достоверности предоставленных сведений.

Согласие дано в целях предоставления выплаты и действует до достижения целей обработки персональных данных.

Направление уведомления о принятом Центром решении по вопросу предоставления мне выплаты прошу осуществить следующим образом:

_____ (по электронной почте на почтовый адрес)

Реквизиты лицевого счета в кредитной организации Российской Федерации для перечисления выплаты:

Приложение: копии документов на _____ л. в 01 экз.

_____ (дата подачи заявления)

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

УТВЕРЖДЕНА
приказом Министерства социальной
Калининградской области
от 01.07.2024 № 410

ФОРМА

Государственное казенное учреждение
Калининградской области «Центр содействия
переселению «Соотечественник»

от _____
(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии))
зарегистрированного(ой) по адресу:

адрес электронной почты: _____
контактный телефон: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

**на предоставление дополнительной разовой меры социальной поддержки в виде
компенсации расходов репатриантов-участников Государственной программы
по оказанию содействия добровольному переселению в Российскую Федерацию
соотечественников, проживающих за рубежом, утвержденной Указом
Президента Российской Федерации от 22 июня 2006 года № 637,
и членов их семей на медицинское освидетельствование**

Прошу предоставить мне и членам моей семьи компенсацию расходов на
медицинское освидетельствование (далее - компенсация):

№ п/п	Фамилия, имя отчество (последнее- при наличии)	Дата рождения	Степень родства	Сумма компенсации (руб.)
				5000
Итого:				

в общей сумме _____ рублей _____ копеек.

Я, _____

и члены моей семьи, указанные в свидетельстве участника Государственной программы по оказанию содействия добровольному переселению в Российскую Федерацию соотечественников, проживающих за рубежом (далее - свидетельство участника Госпрограммы) ранее не получал(-а,-и) компенсацию, предупрежден(-а,-ы) о разовом характере меры социальной поддержки, ответственности за достоверность и подлинность представленных в государственное казенное учреждение Калининградской области «Центр

содействия переселению «Соотечественник» (далее - Центр) сведений и документов в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Я согласен(-на) на обработку персональных данных, указанных в данном заявлении, и прилагаемых к нему документов, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, уничтожение, для проверки достоверности предоставленных сведений.

Данное согласие дано в целях предоставления компенсации и действует до достижения целей обработки персональных данных.

Направление уведомления о принятом Центром решении по вопросу предоставления компенсации прошу осуществлять следующим образом: _____

(по электронной почте либо через организации почтовой связи)

Реквизиты лицевого счета в кредитной организации Российской Федерации для перечисления компенсации:

- наименование кредитной организации _____
- корреспондентский счет _____
- БИК _____
- ИНН _____
- номер лицевого счета получателя _____

Приложение:

1. Свидетельство участника Госпрограммы сер. _____ № _____, дата выдачи _____

2. Паспорт (нотариально заверенный перевод):

№ п/п	ФИО	Серия, №	Дата выдачи	Кем выдан

3. Свидетельство о рождении (нотариально заверенный перевод):

№ п/п	ФИО	Серия, №	Дата выдачи	Кем выдан

4. Медицинское заключение:

№ п/п	ФИО	Серия, №	Дата выдачи

5. Платежный документ (чек):

№ п/п	Сумма платежа	Кем произведена оплата

Другие документы:

-документы, подтверждающие регистрацию на территории Калининградской области с указанием адреса и даты регистрации (в кол-ве _____ штук).

(дата подачи заявления)

(подпись заявителя)

(расшифровка подписи)

(должность лица,
принявшего заявление)

(подпись заявителя)

(расшифровка подписи)

Копию зарегистрированного заявления получил(а):

(дата) (время)

(подпись заявителя)

(расшифровка подписи)

УТВЕРЖДЕНА
приказом Министерства социальной
Калининградской области
от 01.07.2024 № 410

ФОРМА

Государственное казенное учреждение
Калининградской области «Центр содействия
переселению «Соотечественник»

от _____
фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии)
зарегистрированного (ой) по адресу:

адрес электронной почты: _____

контактный телефон: _____

З А Я В Л Е Н И Е

на предоставление дополнительной разовой меры социальной поддержки в виде компенсации расходов репатриантов-участников Государственной программы по оказанию содействия добровольному переселению в Российскую Федерацию соотечественников, проживающих за рубежом, утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 22 июня 2006 года № 637, и членов их семей на признание ученых степеней, ученых званий, образования и (или) квалификации, полученных в иностранном государстве

Прошу предоставить мне и членам моей семьи компенсацию расходов на признание ученых степеней, ученых званий, образования и (или) квалификации, полученных в иностранном государстве (далее – компенсация) в размере _____ рублей _____ копеек.

№ п/п	Фамилия, имя отчество (последнее- при наличии)	Дата рождения	Степень родства	Сумма компенсации (руб.)

Я, _____,
и члены моей семьи ранее не получал (а)(и) компенсацию, предупрежден (а)(ы)
о разовом характере меры социальной поддержки, ответственности за
достоверность представленных в государственное казенное учреждение
Калининградской области «Центр содействия переселению «Соотечественник»
(далее – Центр) сведений о расходах и документов в соответствии с
законодательством Российской Федерации.

Я согласен(-на) на обработку персональных данных, указанных в данном

заявлении, и прилагаемых к нему документов, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, уничтожение, для проверки достоверности предоставленных сведений.

Данное согласие дано в целях предоставления компенсации расходов и действует до достижения целей обработки персональных данных.

Направление уведомления о принятом Центром решении по вопросу предоставления мне компенсации прошу осуществлять следующим образом:

_____ (по электронной почте, на почтовый адрес)

Реквизиты лицевого счета в кредитной организации Российской Федерации для перечисления компенсации:

- наименование кредитной организации _____

- корреспондентский счет _____

- БИК _____

- ИНН _____

номер лицевого счета получателя _____

Приложение:

1. __ Паспорт сер. __ № ____, выданный _____

_____, дата выдачи _____

2. Свидетельство участника Госпрограммы сер. __ № ____, дата выдачи _____

3. Свидетельство (дубликат свидетельства) о признании ученых степеней, ученых званий, образования и (или) квалификации, полученных в иностранном государстве, сер. _____ № _____, дата выдачи _____.

4. Платежный документ _____
(указывается сумма оплаты и кем произведена оплата)

5. Другие документы: _____

_____ (дата подачи заявления)

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

_____ (должность лица, принявшего заявление)

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

Копию зарегистрированного заявления получил(а)

_____ (дата)

_____ (время)

_____ (подпись заявителя)

_____ (расшифровка подписи)

УТВЕРЖДЕНА
приказом Министерства социальной
политики Калининградской области
от 01.07.2024 № 410

ФОРМА

Государственное казенное учреждение
Калининградской области «Центр содействия
переселению «Соотечественник»

от _____
(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии))
зарегистрированного (ой) по адресу:

адрес электронной почты: _____
контактный телефон: _____

З А Я В Л Е Н И Е

**на предоставление дополнительной разовой меры социальной поддержки
репатриантов – участников Государственной программы по оказанию
содействия добровольному переселению в Российскую Федерацию
соотечественников, проживающих за рубежом и членов их семей,
прибывших в Калининградскую область, в виде компенсации расходов
на социальную адаптацию**

Прошу предоставить мне компенсацию произведенных расходов, предусмотренную постановлением Правительства Калининградской области 05 апреля 2024 года № 134-п «О дополнительных разовых мерах социальной поддержки в 2024 году репатриантов – участников Государственной программы по оказанию содействия добровольному переселению в Российскую Федерацию соотечественников, проживающих за рубежом, утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 22 июня 2006 года № 637 «О мерах по оказанию содействия добровольному переселению в Российскую Федерацию соотечественников, проживающих за рубежом», и членов их семей, прибывших в Калининградскую область» (далее – компенсация) за найм (поднайм) жилого помещения за _____ месяц (ев) за период с _____ по _____.

Я, _____,
ранее не получал(а) компенсацию, предупрежден(а) о разовом характере данной меры социальной поддержки, ответственности за достоверность представленных в государственное казенное учреждение Калининградской области «Центр содействия переселению «Соотечественник» (далее – Центр) сведений и документов в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Я согласен(-на) на обработку персональных данных, указанных в данном заявлении, и прилагаемых к нему документов, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, уничтожение, для проверки достоверности предоставленных сведений.

Согласие дано в целях предоставления мне компенсации и действует до достижения целей обработки персональных данных.

Направление уведомления о принятом Центром решении по вопросу предоставления мне компенсации прошу осуществить следующим образом:

(по электронной почте на почтовый адрес)

Реквизиты лицевого счета в кредитной организации Российской Федерации для перечисления компенсации:

Приложение:

1. Паспорт сер. _____ № _____, выданный _____, дата выдачи _____
2. Свидетельство участника Госпрограммы сер. _____ № _____, дата выдачи _____
3. Договор найма (поднайма) жилого помещения № _____, дата _____.
4. Платежный документ _____
(указывается наименование документа, сумма оплаты и кем произведена оплата)

5. Другие документы: _____

_____ (дата подачи заявления)

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

_____ (должность лица, принявшего заявление)

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

Копию зарегистрированного заявления получил(а)

_____ (дата) _____ (время)

_____ (подпись заявителя)

_____ (расшифровка подписи)

УТВЕРЖДЕНА
приказом Министерства социальной
политики Калининградской области
от 01.07.2024 № 410

ФОРМА

О Т Ч Е Т

**об использовании средств, выделенных на предоставление
дополнительной разовой меры социальной поддержки репатриантов –
участников Государственной программы по оказанию содействия
добровольному переселению в Российскую Федерацию соотечественников,
проживающих за рубежом и членов их семей, прибывших
в Калининградскую область, в виде денежной выплаты
за _____ 202__ год**

№ п/п	Ф.И.О. получателя компенсации	Номер и дата приказа государственного казенного учреждения Калининградской области «Центр содействия переселению «Соотечественник» о предоставлении компенсации	Сумма выплаченных финансовых средств, рублей	Номер и дата платежного поручения на компенсацию расходов
1				
2				

Должность исполнителя

(подпись)

Ф.И.О.

Директор государственного казенного
учреждения Калининградской области
«Центр содействия переселению «Соотечественник»

(подпись)

Ф.И.О.

Телефон исполнителя

УТВЕРЖДЕНА
приказом Министерства социальной
политики Калининградской области
от 01.07 2024 № 410

ФОРМА

О Т Ч Е Т
об использовании средств, выделенных на предоставление
дополнительной разовой меры социальной поддержки репатриантов –
участников Государственной программы по оказанию содействия
добровольному переселению в Российскую Федерацию соотечественников,
проживающих за рубежом и членов их семей, прибывших
в Калининградскую область, в виде компенсации расходов
на социальную адаптацию
за _____ 202__ год

№ п/п	Ф.И.О. получателя компенсации	Номер и дата приказа государственного казенного учреждения Калининградской области «Центр содействия переселению «Соотечественник» о предоставлении компенсации	Сумма выплаченных финансовых средств, рублей	Номер и дата платежного поручения на компенсацию расходов
1				
2				

Должность исполнителя

_____ (подпись)

Ф.И.О.

Директор государственного казенного
учреждения Калининградской области
«Центр содействия переселению «Соотечественник»

_____ (подпись)

Ф.И.О.

Телефон исполнителя