

**МИНИСТЕРСТВО
ТРУДА И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
МУРМАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

ПРИКАЗ

17.09.2021

№ 557

г. Мурманск

**О внесении изменений в административные регламенты
предоставления государственных услуг**

В целях реализации постановления Правительства Мурманской области от 20.07.2021 № 486-ПП «О внесении изменений в некоторые постановления Правительства Мурманской области в части вопросов предоставления государственных услуг» **п р и к а з ы в а ю:**

1. Внести в административный регламент Министерства труда и социального развития Мурманской области по предоставлению государственной услуги «Предоставление мер социальной поддержки в виде денежной выплаты в пределах установленного размера оплаты стоимости социальной услуги по изготовлению зубных ортопедических конструкций любой сложности», утвержденный приказом Министерства труда и социального развития Мурманской области от 06.10.2020 № 596 (далее – Административный регламент), следующие изменения:

1.1. В пункте 2.4.1 число «15» заменить числом «10».

1.2. Абзац десятый пункта 3.2.2 изложить в редакции:

«Срок выполнения административных действий в соответствии с нормативами затрат рабочего времени на предоставление государственных и муниципальных услуг в многофункциональных центрах.»

1.3. Приложение № 1 к Административному регламенту изложить в новой редакции согласно приложению № 1 к настоящему приказу.

2. Внести в административный регламент Министерства труда и социального развития Мурманской области по предоставлению государственной услуги «Расчет размеров компенсационных выплат в связи с расходами по оплате жилых помещений, коммунальных и других видов услуг членам семей погибших (умерших) военнослужащих и сотрудников некоторых федеральных органов исполнительной власти», утвержденный приказом Министерства труда и социального развития Мурманской области от 22.10.2020 № 644 (далее – Административный регламент), следующие изменения:

2.1. Абзац десятый пункта 3.2.2 изложить в редакции:

«Срок выполнения административных действий в соответствии с нормативами затрат рабочего времени на предоставление государственных и муниципальных услуг в многофункциональных центрах.».

2.2. Приложение № 1 к Административному регламенту изложить в новой редакции согласно приложению № 2 к настоящему приказу.

3. Приложение № 4 к административному регламенту Министерства труда и социального развития Мурманской области по предоставлению государственной услуги «Предоставление мер социальной поддержки по оплате коммунальных услуг многодетным семьям», утвержденному приказом Министерства труда и социального развития Мурманской области от 22.07.2021 № 458, изложить в новой редакции согласно приложению № 3 к настоящему приказу.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя министра С.Ю. Виденеву.

Министр



С.Б. Мякишев

Приложение 1
к приказу Министерства труда
и социального развития
Мурманской области
от 17.09.2021 № 557

«Приложение № 1
к Административному регламенту

(наименование государственного областного казенного учреждения – центр социальной поддержки населения)

**ЗАЯВЛЕНИЕ
НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ УСЛУГ**

От _____
(фамилия, имя, отчество; статус заявителя)

_____ (полный адрес места жительства, пребывания, фактического проживания)

_____ (телефон)

Вид документа, удостоверяющего личность заявителя		Дата выдачи	
Номер и серия документа		Дата рождения	
Кем выдан			
Представитель заявителя: Ф.И.О., адрес проживания, контактный телефон			
Наименование, серия и номер документа, подтверждающего полномочия представителя заявителя			

Место работы*¹ _____
(наименование предприятия, учреждения, организации)

Не работаю с* _____
(указать дату)

Вид пенсионного обеспечения:

- Пенсия за выслугу лет Пенсия по старости Пенсия по инвалидности
 Пенсия по случаю потери кормильца Социальная пенсия

Орган, осуществляющий выплату пенсии:

- Пенсионный фонд РФ Минобороны России МВД России
 МЧС России ФСКН России ФСИН России

Иной орган (указать какой) _____

Льготный социальный статус: _____
(указать категорию)

Сведения о составе семьи*¹:

№ п/п	Ф. И. О. члена семьи	Дата рождения	Степень родства	Сведения о документе, удостоверяющем личность (наименование, серия,	Место работы/наименование образовательного учреждения	Виды доходов, получаемых в расчетный
-------	----------------------	---------------	-----------------	---	---	--------------------------------------

¹ * - сведения, не обязательные к заполнению

				номер, дата выдачи и кем выдан паспорт / серия, № свидетельства о рождении детей	(для обучающихся)	период
1						
2						
3						
4						
5						
.....						

Сведения о жилом помещении*:

Наличие лифтового оборудования в доме (V)	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>	Количество этажей в доме		Количество комнат в жилом помещении	
---	--------------------------------	---------------------------------	--------------------------	--	-------------------------------------	--

Прошу предоставить мне социальную поддержку, установленную законами Российской Федерации, законами Мурманской области и другими нормативными правовыми актами Российской Федерации и нормативными правовыми актами Мурманской области:

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
...	

Денежные средства прошу перечислять:

- на расчетный счет № _____, открытый в _____
- на отделение почтовой связи № _____ УФПС Мурманской области.

- Сообщаемые мной сведения подтверждаю документами.

- Подтверждаю, что в настоящее время других доходов моя семья не имеет.*

- Получателем аналогичных мер социальной поддержки по иным льготным основаниям, включая федеральные, **не являюсь.***

- Члены семьи на государственном обеспечении не находятся.*

- Понимаю, что предоставление ложных сведений влечет ответственность в соответствии с действующим законодательством. Обо всех изменениях, влияющих на право получения мер социальной поддержки (установление федеральной ЕДВ, смена места жительства или фамилии, выезд с территории Мурманской области, изменение состава или дохода семьи, помещение членов семьи на государственное обеспечение и др.), обязуюсь сообщить **в течение 14 дней, одного месяца, двух месяцев, безотлагательно** с момента их наступления *(нужное подчеркнуть)*.

Согласен(-на) на предоставление государственной услуги в упреждающем (проактивном) режиме в соответствии со статьей 7.3 Федерального закона от 27.07.2010 № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг».*

Согласен(-на) на предоставление в отношении меня медицинскими организациями по запросу Министерства труда и социального развития Мурманской области сведений, составляющих врачебную тайну и необходимых для принятия решения об оказании материальной помощи в соответствии с ППМО от 28.04.2014 № 225-ПП.*

О принятом решении о предоставлении мер социальной поддержки прошу сообщить по телефону или по электронной почте _____
(указать адрес электронной почты)

Дата подачи заявления

Подпись

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам

Подпись специалиста, принявшего заявление

»

Приложение 2
к приказу Министерства труда
и социального развития
Мурманской области
от 17.09.2021 № 557

«Приложение № 1
к Административному регламенту

(наименование государственного областного казенного учреждения – центр социальной поддержки населения)

**ЗАЯВЛЕНИЕ
НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ УСЛУГ**

От _____
(фамилия, имя, отчество; статус заявителя)

_____ (полный адрес места жительства, пребывания, фактического проживания)

_____ (телефон)

Вид документа, удостоверяющего личность заявителя		Дата выдачи	
Номер и серия документа		Дата рождения	
Кем выдан			
Представитель заявителя: Ф.И.О., адрес проживания, контактный телефон			
Наименование, серия и номер документа, подтверждающего полномочия представителя заявителя			

Место работы*¹ _____
(наименование предприятия, учреждения, организации)

Не работаю с* _____
(указать дату)

Вид пенсионного обеспечения*:

- Пенсия за выслугу лет Пенсия по старости Пенсия по инвалидности
 Пенсия по случаю потери кормильца Социальная пенсия

Орган, осуществляющий выплату пенсии:

- Пенсионный фонд РФ Минобороны России МВД России
 МЧС России ФСКН России ФСИН России

Иной орган (указать какой) _____

Льготный социальный статус: _____
(указать категорию)

Сведения о составе семьи:

№ п/п	Ф. И. О. члена семьи	Дата рождения	Степень родства	Сведения о документе, удостоверяющем личность (наименование, серия, номер, дата выдачи и кем выдан паспорт /	Место работы/ наименование образовательного учреждения (для обучающихся)	Виды доходов, получаемых в расчетный период
-------	----------------------	---------------	-----------------	--	--	---

¹ * - сведения, не обязательные к заполнению

				серия, № свидетельства о рождении детей		
1						
2						
3						
4						
5						
.....						

Сведения о жилом помещении:

Наличие лифтового оборудования в доме (V)	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>	Количество этажей в доме		Количество комнат в жилом помещении	
--	--------------------------------	---------------------------------	-----------------------------	--	---	--

Прошу предоставить мне социальную поддержку, установленную законами Российской Федерации, законами Мурманской области и другими нормативными правовыми актами Российской Федерации и нормативными правовыми актами Мурманской области:

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
...	

Денежные средства прошу перечислять:

- на расчетный счет № _____, открытый в _____
- на отделение почтовой связи № _____ УФПС Мурманской области.

- Сообщаемые мной сведения подтверждаю документами.
 - Подтверждаю, что в настоящее время других доходов моя семья не имеет.*
 - Получателем аналогичных мер социальной поддержки по иным льготным основаниям, включая федеральные, **не являюсь**.
 - Члены семьи на государственном обеспечении не находятся.*
 - Понимаю, что предоставление ложных сведений влечет ответственность в соответствии с действующим законодательством. Обо всех изменениях, влияющих на право получения мер социальной поддержки (установление федеральной ЕДВ, смена места жительства или фамилии, выезд с территории Мурманской области, изменение состава или дохода семьи, помещение членов семьи на государственное обеспечение и др.), обязуюсь сообщить в течение **14 дней, одного месяца, двух месяцев, безотлагательно** с момента их наступления (*нужное подчеркнуть*).

Согласен(-на) на предоставление государственной услуги в упреждающем (проактивном) режиме в соответствии со статьей 7.3 Федерального закона от 27.07.2010 № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг».*

Согласен(-на) на предоставление в отношении меня медицинскими организациями по запросу Министерства труда и социального развития Мурманской области сведений, составляющих врачебную тайну и необходимых для принятия решения об оказании материальной помощи в соответствии с ППМО от 28.04.2014 № 225-ПП.*

О принятом решении о предоставлении мер социальной поддержки прошу сообщить по телефону или по электронной почте _____
(указать адрес электронной почты)

Дата подачи заявления _____

Подпись _____

Данные, указанные в заявлении, соответствуют
представленным документам

Подпись специалиста, принявшего заявление

»

Приложение 3
к приказу Министерства труда
и социального развития
Мурманской области
от _____ № _____

«Приложение № 4
к Административному регламенту

(наименование государственного областного казенного учреждения – центр социальной поддержки населения)

**ЗАЯВЛЕНИЕ
НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ УСЛУГ**

От _____
(фамилия, имя, отчество; статус заявителя)

_____ (полный адрес места жительства, пребывания, фактического проживания)

_____ (телефон)

Вид документа, удостоверяющего личность заявителя		Дата выдачи	
Номер и серия документа		Дата рождения	
Кем выдан			
Представитель заявителя: Ф.И.О., адрес проживания, контактный телефон			
Наименование, серия и номер документа, подтверждающего полномочия представителя заявителя			

Место работы _____
(наименование предприятия, учреждения, организации)

Не работаю с _____
(указать дату)

Вид пенсионного обеспечения*¹:

- Пенсия за выслугу лет Пенсия по старости Пенсия по инвалидности
 Пенсия по случаю потери кормильца Социальная пенсия

Орган, осуществляющий выплату пенсии:

- Пенсионный фонд РФ Минобороны России МВД России
 МЧС России ФСКН России ФСИН России

Иной орган (указать какой) _____

Льготный социальный статус: _____
(указать категорию)

Сведения о составе семьи:

№ п/п	Ф. И. О. члена семьи	Дата рождения	Степень родства	Сведения о документе, удостоверяющем личность (наименование, серия, номер, дата выдачи и	Место работы/ наименование образовательного учреждения (для обучающихся)	Виды доходов, получаемых в расчетный период
-------	----------------------	---------------	-----------------	--	--	---

*¹ - сведения, не обязательные к заполнению

				кем выдан паспорт / серия, № свидетельства о рождении детей.		
1						
2						
3						
4						
5						
.....						

Сведения о жилом помещении:

Наличие лифтового оборудования в доме (V)	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>	Количество этажей в доме		Количество комнат в жилом помещении	
--	--------------------------------	---------------------------------	-----------------------------	--	---	--

Прошу предоставить мне социальную поддержку, установленную законами Российской Федерации, законами Мурманской области и другими нормативными правовыми актами Российской Федерации и нормативными правовыми актами Мурманской области:

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
...	

Денежные средства прошу перечислять:

- на расчетный счет № _____, открытый в _____

- на отделение почтовой связи № _____ УФПС Мурманской области.

<ul style="list-style-type: none"> - Сообщаемые мной сведения подтверждаю документами.* - Подтверждаю, что в настоящее время других доходов моя семья не имеет. - Получателем аналогичных мер социальной поддержки по иным льготным основаниям, включая федеральные, не являюсь. - Члены семьи на государственном обеспечении не находятся. - Понимаю, что предоставление ложных сведений влечет ответственность в соответствии с действующим законодательством. Обо всех изменениях, влияющих на право получения мер социальной поддержки (установление федеральной ЕДВ, смена места жительства или фамилии, выезд с территории Мурманской области, изменение состава или дохода семьи, помещение членов семьи на государственное обеспечение и др.), обязуюсь сообщить в течение 14 дней, одного месяца, двух месяцев, безотлагательно с момента их наступления <i>(нужное подчеркнуть)</i>. <input type="checkbox"/> Согласен(-на) на предоставление государственной услуги в упреждающем (проактивном) режиме в соответствии со статьей 7.3 Федерального закона от 27.07.2010 № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг».* <input type="checkbox"/> Согласен(-на) на предоставление в отношении меня медицинскими организациями по запросу Министерства труда и социального развития Мурманской области сведений, составляющих врачебную тайну и необходимых для принятия решения об оказании материальной помощи в соответствии с ППМО от 28.04.2014 № 225-ПП.* <p>О принятом решении о предоставлении мер социальной поддержки прошу сообщить по телефону или по электронной почте _____ <small>(указать адрес электронной почты)</small></p>
--

Дата подачи заявления

Подпись

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам
--

Подпись специалиста, принявшего заявление

»