



ПРАВИТЕЛЬСТВО САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 09.08.2014 № 523

О внесении изменений в постановление Правительства Самарской области от 21.01.2010 № 11 «О предоставлении мер социальной защиты инвалидам и отдельным категориям граждан из числа ветеранов, а также об оказании государственной социальной помощи в виде социальных услуг по предоставлению при наличии медицинских показаний путевок на санаторно-курортное лечение, осуществляемое в целях профилактики заболеваний, и бесплатного проезда на междугородном транспорте к месту лечения и обратно»

В целях приведения нормативных правовых актов Правительства Самарской области в соответствие с действующим законодательством, повышения эффективности предоставления мер социальной защиты инвалидам и отдельным категориям граждан из числа ветеранов, а также оказания государственной социальной помощи в виде социальных услуг по предоставлению при наличии медицинских показаний путевок на санаторно-курортное лечение, осуществляемое в целях профилактики заболеваний, и бесплатного проезда на междугородном транспорте к месту лечения и обратно Правительство Самарской области ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Внести в постановление Правительства Самарской области от 21.01.2010 № 11 «О предоставлении мер социальной защиты инвалидам и отдельным категориям граждан из числа ветеранов, а также об оказании государственной социальной помощи в виде социальных услуг по предоставлению при наличии медицинских показаний путевок

008172

на санаторно-курортное лечение, осуществляемое в целях профилактики заболеваний, и бесплатного проезда на междугородном транспорте к месту лечения и обратно» следующие изменения:

в пункте 1:

в абзацах шестом и седьмом слово «эндопротезов,» исключить;

в абзаце четырнадцатом слова «,включая выплату» заменить словами «и выплаты»;

пункт 1.5 признать утратившим силу;

в абзаце втором пункта 1.6 слова «государственных бюджетных учреждений Самарской области – центров социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов» заменить словами «государственных казенных учреждений Самарской области комплексных центров социального обслуживания населения»;

дополнить пунктом 1.7:

«1.7. Установить, что министерство социально-демографической и семейной политики Самарской области организует работу по реализации мероприятий, предусмотренных индивидуальной программой реабилитации инвалида (ребенка-инвалида) и индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида (ребенка – инвалида), в части исполнения мероприятий по социальной реабилитации или абилитации, а также в части обеспечения техническими средствами реабилитации и услугами, входящими в федеральный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 30.12.2005 № 2347-р, и по предоставлению сведений об их исполнении в федеральные государственные учреждения медико-социальной экспертизы в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.»;

в Порядке обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации (кроме протезно-ортопедических изделий, протезов):

в пункте 1.2:

в абзаце втором слова «государственные бюджетные учреждения Самарской области – центры социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов» заменить словами «государственные казенные учреждения Самарской области – комплексные центры социального обслуживания населения»;

дополнить абзацем следующего содержания:

«Распределение ТСР по ЦСО осуществляется Министерством пропорционально сформировавшейся потребности на дату заключения договора (государственного контракта) на поставку ТСР.»;

пункт 1.3 после слов «реабилитации инвалидов» дополнить словами «либо индивидуальными программами реабилитации или абилитации инвалидов»;

абзац пятый пункта 2.1 изложить в следующей редакции:

«заключение врача-специалиста учреждения здравоохранения Самарской области (далее - ЛПУ) с рекомендациями по виду ТСР (предъявляется в случае несоответствия вида ТСР, рекомендованного ИПР, Классификации при обеспечении инвалидов ТСР при нарушениях функций выделения, абсорбирующим бельем, подгузниками, слуховыми аппаратами);»;

пункт 2.2 дополнить абзацем следующего содержания:

«Одновременно с уведомлением о постановке на учет на получение ТСР ЦСО выдает инвалиду ТСР в случае, если заявка Министерства о предоставлении субвенции на осуществление части полномочий Российской Федерации по предоставлению мер социальной защиты инвалидам и отдельным категориям граждан из числа ветеранов на текущий год удовлетворена в полном объеме или объеме, позволяющем на дату обращения инвалида обеспечить возможность осуществления возложенных на Министерство полномочий, а также своевременного доведения лимитов бюджетных обязательств для осуществления

полномочий, заключения уполномоченным учреждением договоров (государственных контрактов) на поставку ТСР.»;

наименование раздела 3 изложить в следующей редакции:

«Порядок выдачи инвалидам ТСР (кроме слуховых аппаратов)»;

пункт 3.1 дополнить абзацем следующего содержания:

«В случае если инвалид в течение тридцати календарных дней после извещения о необходимости получения ТСР не обратился в ЦСО за его получением, данное ТСР передается инвалиду, следующему по списку учета.»;

пункт 3.15 изложить в следующей редакции:

«3.15. Оплата указанных расходов производится за фактическое число дней проживания, но не более чем за семь дней в одну поездку в размере, установленном для возмещения расходов, связанных со служебными командировками, работникам, заключившим трудовой договор о работе в федеральных государственных органах, работникам государственных внебюджетных фондов Российской Федерации, федеральных государственных учреждений.»;

абзац четвертый пункта 4.3 изложить в следующей редакции:

«заключение врача-специалиста ЛПУ с рекомендациями по виду ТСР (предъявляется в случае несоответствия вида ТСР, рекомендованного ИПР, Классификации)»;

раздел 5 признать утратившим силу;

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

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

приложение 3 изложить в редакции согласно приложению 3 к настоящему постановлению;

приложение 4 изложить в редакции согласно приложению 4 к настоящему постановлению;

приложение 5 изложить в редакции согласно приложению 5 к настоящему постановлению;

приложение 6 изложить в редакции согласно приложению 6 к настоящему постановлению;

в Порядке обеспечения инвалидов протезами (включая зубные протезы), протезно-ортопедическими изделиями и отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями:

в пункте 1.2:

в абзаце втором слова «государственные бюджетные учреждения Самарской области – центры социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов» заменить словами «государственные казенные учреждения Самарской области – комплексные центры социального обслуживания населения»;

абзац пятый после слов «реабилитации инвалидов» дополнить словами «либо индивидуальными программами реабилитации или абилитации инвалидов»;

в абзаце шестом пункта 2.1 слово «ежегодно» исключить;

пункт 2.2 дополнить абзацем следующего содержания:

«Одновременно с уведомлением о постановке на учет на получение ПОИ ЦСО выдает (направляет) инвалиду (ветерану) направление на получение либо изготовление ПОИ в отобранные организации в случае, если заявка Министерства о предоставлении субвенции на осуществление части полномочий Российской Федерации по предоставлению мер социальной защиты инвалидам и отдельным категориям граждан из числа ветеранов на текущий год удовлетворена в полном объеме или объеме, позволяющем на дату обращения инвалида обеспечить возможность осуществления возложенных на Министерство полномочий, а также своевременного доведения лимитов бюджетных обязательств для

осуществления полномочий, заключения уполномоченным учреждением договоров (государственных контрактов) на изготовление ПОИ.»;

пункт 3.1 дополнить абзацем следующего содержания:

«В случае если инвалид (ветеран) в течение тридцати календарных дней после извещения о необходимости получения ПОИ не обратился в ЦСО за его получением, направление на получение либо изготовление ПОИ выдается инвалиду (ветерану), следующему по списку учета.»;

в абзаце пятом пункта 3.2 слово «ежегодно» исключить;

пункт 3.12 изложить в следующей редакции:

«3.12. Оплата указанных расходов производится за фактическое число дней проживания, но не более чем за семь дней в одну поездку в размере, установленном для возмещения расходов, связанных со служебными командировками, работникам, заключившим трудовой договор о работе в федеральных государственных органах, работникам государственных внебюджетных фондов Российской Федерации, федеральных государственных учреждений.»;

пункт 4.1 дополнить абзацем следующего содержания:

«В случае если инвалид (ветеран) в течение тридцати календарных дней после извещения о необходимости получения ПОИ (глазного протеза) не обратился в уполномоченное учреждение за его получением, направление на получение либо изготовление ПОИ (глазного протеза) выдается инвалиду (ветерану), следующему по списку учета.»;

в абзаце четвертом пункта 4.3 слово «ежегодно» исключить;

приложение 1 изложить в редакции согласно приложению 7 к настоящему постановлению;

приложение 2 изложить в редакции согласно приложению 8 к настоящему постановлению;

приложение 3 изложить в редакции согласно приложению 9 к настоящему постановлению;

приложение 4 изложить в редакции согласно приложению 10 к настоящему постановлению;

приложение 5 изложить в редакции согласно приложению 11 к настоящему постановлению;

в Порядке организации назначения и выплаты компенсации инвалидам (ветеранам) за технические средства реабилитации, протезы, протезно-ортопедические изделия:

пункт 1.2 после слов «реабилитации инвалидов» дополнить словами «либо индивидуальными программами реабилитации или абилитации инвалидов»;

в пункте 1.2.1 слова «государственное бюджетное учреждение Самарской области центр социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов» заменить словами «государственное казенное учреждение Самарской области – комплексный центр социального обслуживания населения»;

пункт 1.7 изложить в следующей редакции:

«1.7. Назначение компенсации стоимости ТСР (ПОИ) осуществляется государственными казенными учреждениями Самарской области – главными управлениями социальной защиты населения (далее – ГУСЗН).»;

в пункте 2.1:

абзац шестой дополнить словами следующего содержания:

«, оформленные в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации;»;

абзац девятый изложить в следующей редакции:

«кассовый чек – если расчеты по приобретению ТСР (ПОИ) производились наличными денежными средствами и (или) электронными средствами платежа;»;

абзац одиннадцатый признать утратившим силу;

в пунктах 2.3 и 2.4 слова «уполномоченный орган» в

соответствующих падежах заменить словом «ГУСЗН»;

приложение 1 изложить в редакции согласно приложению 12 к настоящему постановлению;

приложение 2 изложить в редакции согласно приложению 13 к настоящему постановлению;

приложение 3 изложить в редакции согласно приложению 14 к настоящему постановлению;

в Порядке предоставления инвалидам (ветеранам) услуг по ремонту технических средств реабилитации, включая протезы, протезно-ортопедические изделия (кроме эндопротезов, голосообразующих аппаратов, технических средств реабилитации при нарушении функции выделения (моче- и калоприемников), подгузников, абсорбирующего белья):

в наименовании и пункте 1.1 слово «эндопротезов,» исключить;

в абзаце втором пункта 1.2 слова «государственные бюджетные учреждения Самарской области – центры социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов» заменить словами «государственные казенные учреждения Самарской области – комплексные центры социального обслуживания населения»;

абзац третий пункта 2.1 после слов «реабилитации инвалидов» дополнить словами «либо индивидуальными программами реабилитации или абилитации инвалидов»;

пункт 2.5 дополнить абзацем следующего содержания:

«Отказ инвалида (ветерана) от получения услуг по ремонту ТСР (ПОИ) не дает ему права на досрочную замену ТСР (ПОИ) без соответствующего заключения медико-технической экспертизы.»;

приложение 1 изложить в редакции согласно приложению 15 к настоящему постановлению;

приложение 2 изложить в редакции согласно приложению 16 к настоящему постановлению;

приложение 3 изложить в редакции согласно приложению 17 к настоящему постановлению;

приложение 4 изложить в редакции согласно приложению 18 к настоящему постановлению;

в Порядке организации назначения и выплаты компенсации инвалидам (ветеранам) за услуги по ремонту технических средств реабилитации, включая протезы, протезно-ортопедические изделия (кроме эндопротезов, голосообразующих аппаратов, технических средств реабилитации при нарушении функции выделения (моче- и калоприемников), абсорбирующего белья, подгузников):

в наименовании и пункте 1.1 слово «эндопротезов,» исключить;

в пункте 1.2.1 слова «государственное бюджетное учреждение Самарской области – центр социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов» заменить словами «государственное казенное учреждение Самарской области – комплексный центр социального обслуживания населения»;

пункт 1.5 изложить в следующей редакции:

«1.5. Проведение медико-технической экспертизы и прием документов для назначения компенсации за ремонт ТСР (ПОИ) осуществляют ЦСО.»;

пункт 1.7 изложить в следующей редакции:

«1.7. Назначение компенсации за ремонт ТСР (ПОИ) осуществляется государственными казенными учреждениями Самарской области – главными управлениями социальной защиты населения (далее – ГУСЗН).»;

в пункте 2.1:

абзац третий изложить в следующей редакции:

«индивидуальную программу реабилитации инвалида либо индивидуальную программу реабилитации или абилитации инвалида (далее - ИПР) (заключение об обеспечении ПОИ, выдаваемое врачебной комиссией медицинской организации, оказывающей лечебно-профилактическую помощь ветерану);»;

абзац шестой дополнить словами «, проведенной ЦСО в установленном порядке»;

абзац седьмой дополнить словами «, оформленные в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации;»;

абзац одиннадцатый изложить в следующей редакции:

«кассовый чек – если расчеты по приобретению ТСР (ПОИ) производились наличными денежными средствами и (или) электронными средствами платежа;»;

абзац тринадцатый признать утратившим силу;

пункт 2.2 дополнить словами «,самостоятельно произведенный ремонт ТСР (ПОИ) до разработки ИПР либо по окончании срока ее действия.»;

в пунктах 2.3 и 2.4 слова «уполномоченный орган» в соответствующих падежах заменить словом «ГУСЗН»;

приложение 1 изложить в редакции согласно приложению 19 к настоящему постановлению;

приложение 2 изложить в редакции согласно приложению 20 к настоящему постановлению;

приложение 3 изложить в редакции согласно приложению 14 к настоящему постановлению;

в Порядке предоставления бесплатного проезда на междугородном транспорте к месту лечения и обратно (за исключением санаторно-курортного лечения) отдельным категориям граждан, проживающих на территории Самарской области, включенных в Федеральный регистр лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи, не отказавшихся от получения социальной услуги:

пункт 1.4 дополнить абзацем следующего содержания:

«При использовании воздушного транспорта для проезда граждан к месту лечения и (или) обратно проездные документы (билеты) оформляются (приобретаются) только на рейсы российских авиакомпаний

или авиакомпаний других государств – членов Евразийского экономического союза, за исключением случаев, когда указанные авиакомпании не осуществляют пассажирских перевозок к месту лечения либо когда оформление (приобретение) проездных документов (билетов) на рейсы этих авиакомпаний невозможно ввиду их отсутствия на дату вылета к месту лечения и (или) обратно.»;

в абзаце втором пункта 1.7 слова «государственным бюджетным учреждениям Самарской области – центрам социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов» заменить словами «государственным казенным учреждениям Самарской области – комплексным центрам социального обслуживания населения»;

пункт 1.9 изложить в следующей редакции:

«1.9. Назначение возмещения расходов на проезд осуществляется государственными казенными учреждениями Самарской области – главными управлениями социальной защиты населения» (далее – ГУСЗН).»;

пункт 2.2 после абзаца восьмого дополнить абзацем следующего содержания:

«В случае утери билета предоставляется справка, подтверждающая поездку, выданная транспортной компанией.»;

в пунктах 2.3 и 2.4.1 слова «уполномоченный орган» заменить словом «ГУСЗН»;

приложение 2 изложить в редакции согласно приложению 21 к настоящему постановлению;

приложение 3 изложить в редакции согласно приложению 22 к настоящему постановлению;

приложение 4.1 изложить в редакции согласно приложению 14 к настоящему постановлению;

в Порядке организации назначения и выплаты компенсации инвалидам (ветеранам) стоимости проезда к месту изготовления

технических средств реабилитации, протезов, протезно-ортопедических изделий и обратно:

в пункте 1.5 слова «государственными бюджетными учреждениями Самарской области – центрами социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов» заменить словами «государственными казенными учреждениями Самарской области – комплексными центрами социального обслуживания населения»;

пункт 1.6 изложить в следующей редакции:

«1.6. Назначение компенсации стоимости проезда к месту изготовления ТСР (ПОИ) и обратно осуществляют государственные казенные учреждения Самарской области – главные управления социальной защиты населения (далее – ГУСЗН).»;

в пункте 2.1:

абзац первый после слов «программой реабилитации» дополнить словами «инвалида либо индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида»;

после абзаца шестого дополнить абзацем следующего содержания:

«документы, подтверждающие изготовление ТСР (ПОИ).»;

после абзаца девятого дополнить абзацем следующего содержания:

«В случае утери билета предоставляется справка, подтверждающая поездку, выданная транспортной компанией.»;

в пунктах 2.3 и 2.4 слова «уполномоченный орган» в соответствующих падежах заменить словом «ГУСЗН»;

абзац пятый пункта 2.5 дополнить предложением следующего содержания:

«При использовании воздушного транспорта для проезда инвалида (ветерана, сопровождающего лица) к месту изготовления ТСР (ПОИ) и (или) обратно проездные документы (билеты) оформляются (приобретаются) только на рейсы российских авиакомпаний или авиакомпаний других государств – членов Евразийского экономического

союза, за исключением случаев, когда указанные авиакомпании не осуществляют пассажирских перевозок к месту лечения либо когда оформление (приобретение) проездных документов (билетов) на рейсы этих авиакомпаний невозможно ввиду их отсутствия на дату вылета к месту лечения и (или) обратно.»;

приложение 1 изложить в редакции согласно приложению 23 к настоящему постановлению;

приложение 2 изложить в редакции согласно приложению 24 к настоящему постановлению;

приложение 3 изложить в редакции согласно приложению 14 к настоящему постановлению;

в Порядке предоставления бесплатного проезда инвалидам (ветеранам) к месту изготовления технических средств реабилитации, протезов, протезно-ортопедических изделий и обратно:

в пункте 2.1 слова «государственным бюджетным учреждением Самарской области – центром социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов» заменить словами «государственным казенным учреждением Самарской области – комплексным центром социального обслуживания населения»;

абзац пятый пункта 2.2 дополнить предложением следующего содержания:

«При использовании воздушного транспорта для проезда инвалида (ветерана, сопровождающего лица) к месту нахождения организации, в которую выдано направление, и (или) обратно проездные документы (билеты) оформляются (приобретаются) только на рейсы российских авиакомпаний или авиакомпаний других государств – членов Евразийского экономического союза, за исключением случаев, когда указанные авиакомпании не осуществляют пассажирских перевозок к месту лечения либо когда оформление (приобретение) проездных документов (билетов)

на рейсы этих авиакомпаний невозможно ввиду их отсутствия на дату вылета к месту лечения и (или) обратно.»;

абзац второй пункта 2.3 после слов «реабилитации инвалидов» дополнить словами «, индивидуальной программе реабилитации или абилитации инвалидов»;

в Порядке предоставления путевок на санаторно-курортное лечение отдельным категориям граждан, проживающих на территории Самарской области, включенных в Федеральный регистр лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи, не отказавшихся от получения социальной услуги:

в пункте 1.5:

слова «государственными бюджетными учреждениями Самарской области – центрами социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов» заменить словами «государственными казенными учреждениями Самарской области – комплексными центрами социального обслуживания населения»;

дополнить абзацем вторым следующего содержания:

«Распределение путевок на санаторно-курортное лечение по ЦСО осуществляется Министерством пропорционально сформировавшейся потребности на дату заключения договора (государственного контракта) на оказание услуг по санаторно-курортному лечению.»;

абзац третий пункта 2.1 изложить в следующей редакции:

«справка для получения путевки на санаторно-курортное лечение по форме, установленной Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее – справка для получения путевки), представляется повторно в случае истечения срока её действия.»;

в абзаце первом пункта 3.2:

слова «по дате постановки их на учет» заменить словами «согласно списку учета, сформированному по дате подачи заявления»;

слово «медицинской» исключить;

абзац третий пункта 3.3 изложить в следующей редакции:

«справка для получения путевки»;

дополнить пунктом 3.3.1 следующего содержания:

«3.3.1. Основаниями для отказа в выдаче путевки на санаторно-курортное лечение гражданам являются:

отказ заявителя на текущий календарный год от социальной услуги по предоставлению путевки на санаторно-курортное лечение в рамках набора социальных услуг;

представление заявителем неправильно оформленных или недействительных документов, указанных в пункте 3.3 настоящего Порядка.»;

пункт 3.5 изложить в следующей редакции:

«3.5. Граждане после получения санаторно-курортной путевки, но не ранее чем за два месяца до начала срока ее действия обязаны получить санаторно-курортную карту (санаторно-курортную карту для детей) по форме, установленной Министерством здравоохранения Российской Федерации, в лечебно-профилактическом учреждении, выдавшем справку для получения путевки.»;

приложение 1 изложить в редакции согласно приложению 25 к настоящему постановлению;

приложение 2.1 изложить в редакции согласно приложению 26 к настоящему постановлению;

в Порядке предоставления бесплатного проезда на междугородном транспорте к месту санаторно-курортного лечения и обратно отдельным категориям граждан, проживающих на территории Самарской области, включенных в Федеральный регистр лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи, не отказавшихся от получения социальной услуги:

в пункте 1.4:

абзац первый изложить в следующей редакции:

«Для проезда к месту санаторно-курортного лечения и обратно по путевкам, предоставленным государственными казенными учреждениями Самарской области – комплексными центрами социального обслуживания населения по месту жительства (далее – ЦСО), государственным бюджетным учреждением здравоохранения «Самарский областной клинический противотуберкулезный диспансер им. И.В.Постникова» (далее – Диспансер) и государственным казенным учреждением Самарской области «Самарафармация» (далее – Самарафармация), гражданину, а также лицу, сопровождающему инвалида, выдаются специальные талоны и (или) именные направления.»;

пункт 1.5 дополнить абзацем следующего содержания:

«1.5. При использовании воздушного транспорта для проезда граждан к месту санаторно-курортного лечения и (или) обратно проездные документы (билеты) оформляются (приобретаются) только на рейсы российских авиакомпаний или авиакомпаний других государств – членов Евразийского экономического союза, за исключением случаев, когда указанные авиакомпании не осуществляют пассажирских перевозок к месту санаторно-курортного лечения либо когда оформление (приобретение) проездных документов (билетов) на рейсы этих авиакомпаний невозможно ввиду их отсутствия на дату вылета к месту санаторно-курортного лечения и (или) обратно.»;

пункт 1.8 изложить в следующей редакции:

«1.8. Назначение возмещения расходов на проезд осуществляется государственными казенными учреждениями Самарской области – главными управлениями социальной защиты населения» (далее – ГУСЗН).»;

в пункте 2.1 слово «Больницей» заменить словом «Самарафармацией»;

в пункте 3.1:

в абзаце пятом слово «Больница» в соответствующих падежах

заменить словом «Самарафармация»;

абзац седьмой изложить в следующей редакции:

«В случае если билет приобретен с использованием информационно-телекоммуникационной сети Интернет, документами, подтверждающими произведенные расходы, являются:»;

после абзаца седьмого дополнить абзацами следующего содержания:

«при приобретении железнодорожного билета – контрольный купон электронного проездного документа (билета) (выписка из автоматизированной системы управления пассажирскими перевозками на железнодорожном транспорте), полученный пассажиром в электронном виде с использованием информационно-телекоммуникационной сети Интернет;

при приобретении авиабилета – маршрут/квитанция электронного документа (авиабилета) на бумажном носителе с указанием стоимости перелета, посадочный талон, подтверждающий перелет по указанному в электронном авиабилете маршруту.

В случае утери билета предоставляется справка, подтверждающая поездку, выданная транспортной компанией.»;

в пунктах 3.3 и 3.4 слова «уполномоченный орган» в соответствующих падежах заменить словом «ГУСЗН»;

приложение 3 изложить в редакции согласно приложению 27 к настоящему постановлению;

приложение 4 изложить в редакции согласно приложению 28 к настоящему постановлению;

приложение 5 изложить в редакции согласно приложению 14 к настоящему постановлению;

в Порядке обеспечения инвалидов собаками-проводниками, включая выплату ежегодной денежной компенсации расходов на содержание и ветеринарное обслуживание собак-проводников:

в наименовании и пункте 1.1 слова «, включая выплату» заменить словами «и выплаты»;

в пункте 1.2 после слов «реабилитации инвалидов» дополнить словами «либо индивидуальными программами реабилитации или абилитации инвалидов»;

в пункте 1.3 слова «здравоохранения и социального развития» заменить словами «социально-демографической и семейной политики»;

в пункте 1.7 слова «государственными бюджетными учреждениями Самарской области – центрами социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов» заменить словами «государственными казенными учреждениями Самарской области – комплексными центрами социального обслуживания населения»;

пункт 1.8 изложить в следующей редакции:

«1.8. Назначение выплаты компенсации стоимости проезда для обеспечения собакой-проводником и ежегодной компенсации осуществляют государственные казенные учреждения Самарской области – главные управления социальной защиты населения» (далее – ГУСЗН).»;

пункт 2.2 дополнить абзацем следующего содержания:

«Одновременно с уведомлением о постановке на учет на обеспечение собакой - проводником ЦСО выдает (направляет) инвалиду направление в отобранную организацию для получения собаки-проводника в случае, если заявка Министерства о предоставлении субвенции на осуществление части полномочий Российской Федерации по предоставлению мер социальной защиты инвалидам и отдельным категориям граждан из числа ветеранов на текущий год удовлетворена в полном объеме или объеме, позволяющем на дату обращения инвалида обеспечить возможность осуществления возложенных на Министерство полномочий, а также своевременного доведения лимитов бюджетных обязательств для осуществления

полномочий и заключения уполномоченным учреждением договоров (государственных контрактов) на обеспечение собакой - проводником.»;

пункт 3.3 дополнить абзацем следующего содержания:

«При использовании воздушного транспорта для проезда инвалида и сопровождающего его лица для получения собаки-проводника к месту нахождения отобранной организации и (или) обратно, в том числе для провоза собаки-проводника, проездные документы оформляются (приобретаются) только на рейсы российских авиакомпаний или авиакомпаний других государств – членов Евразийского экономического союза, за исключением случаев, когда указанные авиакомпании не осуществляют пассажирских перевозок к месту нахождения отобранной организации либо когда оформление (приобретение) проездных документов на рейсы этих авиакомпаний невозможно ввиду их отсутствия на дату вылета к месту нахождения отобранной организации и (или) обратно.»;

пункт 3.4 изложить в следующей редакции:

«3.4. Оплата расходов, связанных с проживанием инвалида и сопровождающего его лица по местонахождению отобранной организации с целью обучения инвалида обращению с собакой-проводником, производится данной организацией в размерах, установленных для возмещения расходов, связанных со служебными командировками, работникам, заключившим трудовой договор о работе в федеральных государственных органах, работникам государственных внебюджетных фондов Российской Федерации, федеральных государственных учреждений.»;

в пункте 3.8 слова «индивидуальной программы реабилитации» заменить словами «ИПР»;

в пункте 4.1:

абзац девятый изложить в следующей редакции:

«В случае если билет приобретен с использованием информационно-телекоммуникационной сети Интернет, документами, подтверждающими произведенные расходы, являются:»;

после абзаца девятого дополнить абзацами следующего содержания:

«при приобретении железнодорожного билета – контрольный купон электронного проездного документа (выписка из автоматизированной системы управления пассажирскими перевозками на железнодорожном транспорте), полученный пассажиром в электронном виде с использованием информационно-телекоммуникационной сети Интернет;

при приобретении авиабилета – маршрут/квитанция электронного документа (авиабилета) на бумажном носителе с указанием стоимости перелета, посадочный талон, подтверждающий перелет по указанному в электронном авиабилете маршруту.

В случае утери билета предоставляется справка, подтверждающая поездку, выданная транспортной компанией.»;

в пунктах 4.3, 4.4, 5.3, 5.4 слова «уполномоченный орган» в соответствующих падежах заменить словом «ГУСЗН»;

приложение 1 изложить в редакции согласно приложению 29 к настоящему постановлению;

приложение 2 изложить в редакции согласно приложению 30 к настоящему постановлению;

приложение 3 изложить в редакции согласно приложению 31 к настоящему постановлению;

приложение 4 изложить в редакции согласно приложению 32 к настоящему постановлению;

приложение 5 изложить в редакции согласно приложению 33 к настоящему постановлению;

приложение 6 изложить в редакции согласно приложению 34 к настоящему постановлению;

приложение 7 изложить в редакции согласно приложению 14 к настоящему постановлению;

приложение 8 изложить в редакции согласно приложению 35 к настоящему постановлению;

приложение 9 изложить в редакции согласно приложению 36 к настоящему постановлению;

приложение 10 изложить в редакции согласно приложению 14 к настоящему постановлению;

в Порядке предоставления инвалидам услуг по переводу русского жестового языка (сурдопереводу, тифлосурдопереводу):

в пункте 1.2:

в абзаце втором слова «государственные бюджетные учреждения Самарской области – центры социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов» заменить словами «государственные казенные учреждения Самарской области – комплексные центры социального обслуживания населения»;

абзац третий изложить в следующей редакции:

«Назначение компенсации расходов на услуги по сурдопереводу, тифлосурдопереводу осуществляется государственными казенными учреждениями Самарской области – главными управлениями социальной защиты населения» (далее – ГУСЗН).»;

в пункте 1.3 после слов «реабилитации инвалидов» дополнить словами «либо индивидуальными программами реабилитации или абилитации инвалидов»;

пункт 2.2 дополнить абзацем следующего содержания:

«Одновременно с уведомлением о постановке на учет на обеспечение услугами по сурдопереводу, тифлосурдопереводу ЦСО выдает (направляет) инвалиду направление в отобранную организацию для получения услуги по сурдопереводу, тифлосурдопереводу в случае, если заявка Министерства о предоставлении субвенции на осуществление части

полномочий Российской Федерации по предоставлению мер социальной защиты инвалидам и отдельным категориям граждан из числа ветеранов на текущий год удовлетворена в полном объеме или объеме, позволяющем на дату обращения инвалида обеспечить возможность осуществления возложенных на Министерство полномочий, а также своевременного доведения лимитов бюджетных обязательств для осуществления полномочий и заключения уполномоченным учреждением договоров (государственных контрактов) на обеспечение услугами по сурдопереводу, тифлосурдопереводу.»;

абзац шестой пункта 3.2 дополнить словами следующего содержания:

«, оформленные в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.»;

в пунктах 3.4, 3.5 слова «уполномоченный орган» в соответствующих падежах заменить словом «ГУСЗН»;

приложение 1 изложить в редакции согласно приложению 37 к настоящему постановлению;

приложение 2 изложить в редакции согласно приложению 38 к настоящему постановлению;

приложение 4 изложить в редакции согласно приложению 39 к настоящему постановлению;

приложение 5 изложить в редакции согласно приложению 40 к настоящему постановлению;

приложение 6 изложить в редакции согласно приложению 41 к настоящему постановлению;

приложение 7 изложить в редакции согласно приложению 14 к настоящему постановлению.

2. Контроль за выполнением настоящего постановления возложить на министерство социально-демографической и семейной политики

Самарской области (Антимонову) и министерство здравоохранения Самарской области (Гридасова).

3. Опубликовать настоящее постановление в средствах массовой информации.

4. Настоящее постановление вступает в силу со дня его официального опубликования.

И.о. первого
вице-губернатора –
председателя Правительства
Самарской области



С.С.Кандеев

ПРИЛОЖЕНИЕ 1
к постановлению Правительства
Самарской области
от 09.08.2014 № 523

Представитель:

Руководителю

(Ф.И.О. полностью)
паспорт серия _____ № _____
выдан (кем, когда) _____

(наименование учреждения)

(Ф.И.О. руководителя)

дата рождения _____
место рождения _____
контактный телефон: _____

(Ф.И.О. льготополучателя полностью)
проживающего по адресу:

(индекс, город, район, село)

улица _____

дом _____, корпус _____, кв. _____

контактный телефон: _____

паспорт (свидетельство)

серия _____ № _____

выдан (кем, когда) _____

дата рождения _____

место рождения _____

СНИЛС _____,

являющегося:

инвалидом _____ группы

ребенком-инвалидом

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас предоставить мне в безвозмездное пользование следующие технические средства реабилитации (далее – ТСР): _____

(наименование)

на основании индивидуальной программы реабилитации инвалида/
индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида
№ _____ от «__» _____ 20__ г.

Мне разъяснено, что в соответствии с действующим законодательством ТСР передаются мне в безвозмездное пользование и не подлежат передаче другим лицам.

К заявлению прилагаю _____
(в случае если от имени инвалида (ребенка-инвалида) действует представитель, то указывается документ, подтверждающий полномочия представителя).

_____ «__» _____ 20__ г.

(подпись заявителя
(представителя)

(расшифровка подписи)

ПРИЛОЖЕНИЕ 2
к постановлению Правительства
Самарской области
от 09.08.2014 № 523

Бланк учреждения

(Ф.И.О. льготополучателя)

(адрес)

УВЕДОМЛЕНИЕ
О ПОСТАНОВКЕ НА УЧЕТ (СНЯТИИ С УЧЕТА)
НА ПОЛУЧЕНИЕ ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ РЕАБИЛИТАЦИИ

№ _____ от « ____ » _____ 20 ____ г.

Уважаемый(ая) _____,
(Ф.И.О.)

Вы поставлены на учет (сняты с учета) в _____
(наименование учреждения)

для обеспечения техническими средствами реабилитации (далее – ТСР):
_____ в количестве _____ шт.
(наименование)

на основании (нужное подчеркнуть):

индивидуальной программы реабилитации инвалида /
индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида
(далее – ИПР) № _____ от « ____ » _____ 20 ____ г.;

отказа от получения ТСР;

отсутствия действующей ИПР в течение шести месяцев по
окончании срока действия предыдущей.

Ваш регистрационный номер в списке учета ____ от « ____ » _____ 20 ____ г.

Вы поставлены на учет до _____.
(указывается срок окончания ИПР)

В случае если в течение тридцати календарных дней после
извещения о необходимости получения ТСР Вы не обратитесь в ЦСО за
его получением, данное ТСР будет передано следующему по списку учета
льготополучателю.

Справки по телефону _____

Руководитель учреждения _____ « ____ » _____ 20 ____ г.
(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

Отрывной талон к уведомлению о постановке на учет (снятии с учета) на получение ТСР № _____ от « ____ » _____ 20__ г.,

выданному _____.

(Ф.И.О. специалиста учреждения)

Уведомление получено _____

(Ф.И.О. льготополучателя)

« ____ » _____ 20__ г. _____

(подпись инвалида либо лица, представляющего его интересы)

Примечание. Отрывной талон хранится в учреждении.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3
к постановлению Правительства
Самарской области
от 09.08.2014 № 523

СПИСОК
УЧЕТА ИНВАЛИДОВ НА ПОЛУЧЕНИЕ ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ РЕАБИЛИТАЦИИ

№ п/п	Дата поступления заявления	Страховой номер индивидуального лицевого счета	Ф.И.О., дата рождения	Адрес проживания, телефон	Документ, удостоверяющий личность, серия, номер, кем и когда выдан	Категория: инвалид (с указанием группы инвалидности), ребенок-инвалид	Номер, дата разработки, срок окончания индивидуальной программы реабилитации инвалида/ индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, наименование выдавшего органа	Наименование технического средства реабилитации, количество (штук)	Регистрационный номер уведомления о постановке на учет	Дата выдачи технического средства реабилитации
-------	----------------------------	--	-----------------------	---------------------------	--	---	---	--	--	--

ПРИЛОЖЕНИЕ 4
к постановлению Правительства
Самарской области
от 09.08.2014 № 523

ВЕДОМОСТЬ
НА ПОЛУЧЕНИЕ ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ РЕАБИЛИТАЦИИ № _____

№ п/п	Номер индивидуальной программы реабилитации инвалида/индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида	Ф.И.О.	Адрес проживания	Паспортные данные	Наименование технического средства реабилитации	Количество, штук	Дата выдачи технического средства реабилитации	Роспись получателя
-------	--	--------	------------------	-------------------	---	------------------	--	--------------------

Руководитель учреждения

Главный бухгалтер

(подпись) (расшифровка подписи) (подпись) (расшифровка подписи)

«__» _____ 20__ г.

«__» _____ 20__ г.

М.П

ПРИЛОЖЕНИЕ 5
к постановлению Правительства
Самарской области
от 09.08.2014 № 523

Бланк учреждения

В министерство социально-
демографической и семейной
политики Самарской области

УВЕДОМЛЕНИЕ
О НЕОБХОДИМОСТИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ИНВАЛИДА
ТЕХНИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ
С ДРУГИМИ ТЕХНИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ
№ _____ от « _____ » _____ 20 ____ г.

Гражданин(ка) _____,
(Ф.И.О. инвалида)

страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) _____,
наименование документа, удостоверяющего личность инвалида: _____
серия _____ номер _____, дата выдачи _____,

_____ (наименование органа, выдавшего документ)

группа инвалидности (категория «ребенок-инвалид») _____,
дата рождения _____, проживающий по адресу: _____,
контактный телефон: _____, обратился « _____ » _____ 20 ____ г.
в _____

_____ (наименование учреждения)

для получения _____
(наименование технического средства реабилитации)

на основании:

заявления инвалида от « _____ » _____ 20 ____ г.,
индивидуальной программы реабилитации инвалида/
индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида
№ _____ от « _____ » _____ 20 ____ г. (копия прилагается).

Техническое средство реабилитации (далее – ТСР) по техническим и
медицинским характеристикам инвалиду не подходит, в связи с чем
прошу рассмотреть вопрос обеспечения инвалида _____
(Ф.И.О. инвалида)

ТСР с другими техническими характеристиками на заседании комиссии по
решению вопросов обеспечения ТСР (включая протезно-ортопедические
изделия).

Руководитель учреждения _____ « _____ » _____ 20 ____ г.
(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

ПРИЛОЖЕНИЕ 6
к постановлению Правительства
Самарской области
от 09.08.2014 № 523

Бланк учреждения

НАПРАВЛЕНИЕ
НА ПОЛУЧЕНИЕ ТЕХНИЧЕСКОГО СРЕДСТВА РЕАБИЛИТАЦИИ
№ _____ от « _____ » _____ 20__ г.

Гражданин(ка) _____,
(Ф.И.О. инвалида)

страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС)
_____, наименование документа, удостоверяющего личность
инвалида: _____ серия _____ номер _____,
дата выдачи _____,
(наименование органа, выдавшего документ)

направляется в _____
(наименование организации)

по адресу: _____
для получения _____
(наименование технического средства реабилитации)

Направление выдано на основании:

заявления от « _____ » _____ 20__ г.,
индивидуальной программы реабилитации инвалида/
индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида
№ _____ от « _____ » _____ 20__ г.

Направление действительно в течение 10 календарных дней со дня его выдачи (при наличии оснований, препятствующих своевременному обращению инвалида в организацию, необходимо сообщить о данном факте в учреждение, выдавшее направление, и решить вопрос о продлении срока действия направления).

Примечание. В случае поступления настоящего направления в организацию после выполнения обязательств по договору (государственному контракту) организация в обязательном порядке должна уведомить об этом учреждение, выдавшее направление.

Руководитель учреждения _____ « _____ » _____ 20__ г.
(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

Отрывной талон к направлению № _____ от « ____ » _____ 20__ г.,
выданному _____

(наименование учреждения)

гражданину _____,

(Ф.И.О.)

страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) _____.

М.П. учреждения

<p>Направление принято организацией</p> <p>« ____ » _____ 20__ г.</p> <hr/> <p>(должность ответственного лица организации, принявшего направление)</p> <hr/> <p>(подпись)</p> <hr/> <p>(расшифровка подписи)</p> <p>М.П.</p>	<p>Направление сдано инвалидом (лицом, представляющим его интересы)</p> <p>« ____ » _____ 20__ г.</p> <hr/> <p>(подпись инвалида либо лица, представляющего его интересы)</p> <hr/> <p>(расшифровка подписи)</p> <hr/> <p>(реквизиты документа, на основании которого лицо представляет интересы инвалида)</p>
--	--

Примечание. Отрывной талон подлежит возврату организацией в учреждение, выдавшее направление.

ПРИЛОЖЕНИЕ 7
к постановлению Правительства
Самарской области
от 09.08.2014 № 523

Представитель:

Руководителю

(Ф.И.О. полностью)
паспорт серия _____ № _____
выдан (кем, когда) _____

(наименование учреждения)

(Ф.И.О. руководителя)

дата рождения _____

место рождения _____

контактный телефон: _____

(Ф.И.О. льготополучателя полностью)
проживающего по адресу:

(индекс, город, район, село)

улица _____

дом _____, корпус _____, кв. _____

контактный телефон: _____

паспорт (свидетельство)

серия _____ № _____

выдан (кем, когда) _____

дата рождения _____

место рождения _____

СНИЛС _____,

являющегося:

инвалидом _____ группы

ребенком-инвалидом

ветераном _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас предоставить мне в безвозмездное пользование следующие протезно-ортопедические изделия (далее – ПОИ): _____

(наименование)

на основании (нужное подчеркнуть):

индивидуальной программы реабилитации инвалида/
индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида
№ _____ от « ___ » _____ 20 ___ г.,

заключения врачебной комиссии медицинской организации,
оказывающей лечебно-профилактическую помощь № _____
от « ___ » _____ 20 ___ г.

Мне разъяснено, что в соответствии с действующим законодательством ПОИ передаются мне в безвозмездное пользование и не подлежат передаче другим лицам.

К заявлению прилагаю _____
(в случае если от имени инвалида (ребенка-инвалида, ветерана) действует представитель, то указывается документ, подтверждающий полномочия представителя).

_____ «__» _____ 20__ г.
(подпись заявителя (расшифровка подписи)
(представителя)

ПРИЛОЖЕНИЕ 8
к постановлению Правительства
Самарской области
от 09.08.2017 № 523

Бланк учреждения

(Ф.И.О. льготополучателя)

(адрес)

УВЕДОМЛЕНИЕ
О ПОСТАНОВКЕ НА УЧЕТ (СНЯТИИ С УЧЕТА) НА ПОЛУЧЕНИЕ
ПРОТЕЗОВ, ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ИЗДЕЛИЙ
№ _____ от « ____ » _____ 20 ____ г.

Уважаемый(ая) _____,
(Ф.И.О.)

Вы постановлены на учет (сняты с учета) в _____
(наименование учреждения)

для обеспечения протезами, протезно-ортопедическими изделиями
(далее – ПОИ): _____ в количестве _____ шт.
(наименование)

на основании (нужное подчеркнуть):

индивидуальной программы реабилитации инвалида /
индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида
(далее – ИПР) № _____ от « ____ » _____ 20 ____ г.;

заключения врачебной комиссии медицинской организации,
оказывающей лечебно-профилактическую помощь (далее – заключение)
№ _____ от « ____ » _____ 20 ____ г.;

отказа от получения ПОИ;

отсутствия действующей ИПР в течение шести месяцев по
окончании срока действия предыдущей.

Ваш регистрационный номер в списке учета ____ от « ____ » _____ 20 ____ г.

Вы поставлены на учет до _____.
(указывается срок окончания ИПР, заключения)

В случае если в течение тридцати календарных дней после
извещения о необходимости получения ПОИ Вы не обратитесь в ЦСО за
направлением на получение либо изготовление ПОИ, направление будет
выдано следующему по списку учета льготополучателю.

Справки по телефону _____.

Руководитель учреждения _____ « ____ » _____ 20 ____ г.
(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

Отрывной талон к уведомлению о постановке на учет (снятии с учета) на получение ПОИ № _____ от « ____ » _____ 20 ____ г.,

выданному _____.

(Ф.И.О. специалиста учреждения)

Уведомление получено _____.

(Ф.И.О. льготополучателя)

« ____ » _____ 20 ____ г. _____

(подпись инвалида (ветерана) либо лица,
представляющего его интересы)

Примечание. Отрывной талон хранится в учреждении.

ПРИЛОЖЕНИЕ 9
к постановлению Правительства
Самарской области
от 09.08.2014 № 523

СПИСОК
УЧЕТА ИНВАЛИДОВ (ВETERАНОВ) НА ПОЛУЧЕНИЕ ПРОТЕЗОВ,
ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ИЗДЕЛИЙ

№ п/п	Дата поступления заявления	Страховой номер индивидуального лицевого счета	Ф.И.О., дата рождения	Адрес проживания, телефон	Документ, удостоверяющий личность, серия, номер, кем и когда выдан	Категория: инвалид (с указанием группы инвалидности), ребенок-инвалид, ветеран	Номер, дата завершения индивидуальной программы реабилитации инвалида/ индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (заключения лечебно-профилактического учреждения), наименование выдавшего органа	Наименование протеза, протезно-ортопедического изделия, количество (штук)	Регистрационный номер уведомления о постановке на учет	Дата выдачи протеза, протезно-ортопедического изделия
-------	----------------------------	--	-----------------------	---------------------------	--	--	---	---	--	---

ПРИЛОЖЕНИЕ 10
к постановлению Правительства
Самарской области
от 09.08.2014 № 523

Бланк учреждения

НАПРАВЛЕНИЕ
НА ПОЛУЧЕНИЕ ПРОТЕЗОВ,
ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ИЗДЕЛИЙ
№ _____ от « ____ » _____ 20__ г.

Гражданин(ка) _____,
(Ф.И.О. инвалида (ветерана))
страховой номер индивидуального лицевого счета инвалида (ветерана)
_____, наименование документа, удостоверяющего личность
инвалида (ветерана): _____ серия _____ номер _____,
дата выдачи _____,
(наименование органа, выдавшего документ)

направляется в _____ по адресу _____
(наименование организации)

для получения _____
(наименование протеза, протезно-ортопедического изделия)

Направление выдано на основании (нужное подчеркнуть):
заявления инвалида от « ____ » _____ 20__ г.;
индивидуальной программы реабилитации инвалида/
индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида
№ _____ от « ____ » _____ 20__ г.;
заключения врачебной комиссии медицинской организации,
оказывающей лечебно-профилактическую помощь № _____
от « ____ » _____ 20__ г.

Направление действительно в течение 10 календарных дней со дня его выдачи (при наличии оснований, препятствующих своевременному обращению инвалида в организацию, необходимо сообщить о данном факте в учреждение, выдавшее направление, и решить вопрос о продлении срока действия направления).

Примечание. В случае поступления настоящего направления в организацию после выполнения обязательств по договору (государственному контракту) организация в обязательном порядке должна уведомить об этом учреждение, выдавшее направление.

Руководитель учреждения _____ « ____ » _____ 20__ г.
(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

Отрывной талон к направлению № _____ от « _____ » _____ 20__ г.,
выданному _____

(наименование учреждения)

инвалиду (ветерану) _____,

(Ф.И.О.)

страховой номер индивидуального лицевого счета инвалида
(ветерана) _____.

М.П. учреждения

<p>Направление принято организацией</p> <p>« _____ » _____ 20__ г.</p> <hr/> <p>(должность ответственного лица организации, принявшего направление)</p> <hr/> <p>(подпись)</p> <hr/> <p>(расшифровка подписи)</p> <p>М.П. организации</p>	<p>Направление сдано инвалидом (ветераном) (лицом, представляющим его интересы)</p> <p>« _____ » _____ 20__ г.</p> <hr/> <p>(подпись инвалида (ветерана) либо лица, представляющего его интересы)</p> <hr/> <p>(расшифровка подписи)</p> <hr/> <p>(реквизиты документа, на основании которого лицо представляет интересы инвалида (ветерана))</p>
---	---

Примечание. Отрывной талон подлежит возврату организацией в учреждение, выдавшее направление.

ПРИЛОЖЕНИЕ 11
к постановлению Правительства
Самарской области
от 09.08.2012 № 523

ВЕДОМОСТЬ
НА ПОЛУЧЕНИЕ ПРОТЕЗОВ, ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ИЗДЕЛИЙ № _____

№ п/п	Номер индивидуальной программы реабилитации инвалида/ индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (заключения лечебно-профилактического учреждения)	Ф.И.О.	Адрес проживания	Паспортные данные	Наименование протеза, протезно-ортопедического изделия	Количество, штук	Дата выдачи протеза, протезно-ортопедического изделия	Роспись получателя
-------	---	--------	------------------	-------------------	--	------------------	---	--------------------

Руководитель учреждения

Главный бухгалтер

(подпись) (расшифровка подписи) (подпись) (расшифровка подписи)

«__» _____ 20__ г.

«__» _____ 20__ г.

М.П

ПРИЛОЖЕНИЕ 12
к постановлению Правительства
Самарской области
от 09.08.2014 № 523

Представитель:

(Ф.И.О. полностью)
паспорт серия _____ № _____
выдан (кем, когда) _____

дата рождения _____
место рождения _____
контактный телефон: _____

В министерство социально -
демографической и семейной
политики Самарской области
_____,
(Ф.И.О. льготополучателя полностью)
проживающего по адресу:

(индекс, город, район, село)
улица _____
дом _____, корпус _____, кв. _____
контактный телефон: _____
паспорт (свидетельство)
серия _____ № _____
выдан (кем, когда) _____

дата рождения _____
место рождения _____
СНИЛС _____,
являющегося:
инвалидом _____ группы
ребенком-инвалидом
ветераном _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу компенсировать мне расходы, связанные с приобретением
« _____ » _____ 20__ г. за счет собственных средств
технических(ого) средств(а) реабилитации (ТСР)/протезно-
ортопедических(ого) изделий(я) (ПОИ) _____,
(наименование ТСР (ПОИ), количество)

на основании (нужное подчеркнуть):

индивидуальной программы реабилитации инвалида/
индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида
№ _____ от « _____ » _____ 20__ г.;

заклучения врачебной комиссии медицинской организации,
оказывающей лечебно-профилактическую помощь № _____
от « _____ » _____ 20__ г.

Сумму компенсации прошу перечислить на мой счет
№ _____ в отделении банка _____

(номер отделения банка)

или по месту жительства через отделение почтовой связи № _____
(нужное подчеркнуть).

К заявлению прилагаю _____
(указывается документ, подтверждающий полномочия представителя).

_____ «__» _____ 20__ г.
(подпись заявителя (расшифровка подписи)
(представителя)

ПРИЛОЖЕНИЕ 13
к постановлению Правительства
Самарской области
от 09.08.2014 № 523

Бланк учреждения

ЗАКЛЮЧЕНИЕ
О НАЛИЧИИ ОСНОВАНИЙ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ КОМПЕНСАЦИИ
ИНВАЛИДУ (ВETERANУ) ЗА ТЕХНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА
РЕАБИЛИТАЦИИ, ПРОТЕЗЫ, ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ
ИЗДЕЛИЯ

№ _____ от «__» _____ 20__ г.

Рассмотрев документы, представленные инвалидом (ветераном)

(Ф.И.О.)
дата рождения _____, проживающим по адресу:
_____, контактный телефон: _____,
для назначения компенсации за технические средства реабилитации,
протезы, протезно-ортопедические изделия (далее – компенсация),
которые он приобрел на основании (нужное подчеркнуть):
индивидуальной программы реабилитации инвалида/
индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида
№ _____ от «__» _____ 20__ г.;
заключения врачебной комиссии медицинской организации,
оказывающей лечебно-профилактическую помощь № _____
от «__» _____ 20__ г.,
учреждение _____ выносит решение о наличии оснований
(наименование учреждения)
для назначения _____ компенсации в размере _____
(Ф.И.О.)
(_____) руб.

Для назначения компенсации необходимо передать в

(наименование главного управления социальной защиты населения)
следующие документы:

заявление инвалида (ветерана) от «__» _____ 20__ г.;

оригиналы документов, подтверждающих расходы на сумму

(_____) руб.:

(наименование документа)

копии документов, удостоверяющих полномочия представителя
(в случае если от имени инвалида (ветерана) действует представитель).

Руководитель учреждения _____ «__» _____ 20__ г.

(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

ПРИЛОЖЕНИЕ 14
к постановлению Правительства
Самарской области
от 09.08.2014 № 523

Бланк
главного управления социальной
защиты населения

РЕШЕНИЕ

№ _____ от «__» _____ 20__ г.

(Ф.И.О. инвалида (ветерана)
дата рождения _____,
проживающий по адресу: _____,
категория _____, контактный телефон: _____,
дата обращения _____,
дата поступления заключения в главное управление социальной защиты
населения _____,
идентификационный номер _____,
паспорт (свидетельство) серия _____ № _____
выдан (кем, когда) _____,
представитель _____,
отделение почтовой связи № _____,
отделение банка _____,
(номер отделения банка)
номер счета _____,
вид компенсации _____,
сумма компенсации _____ (_____) руб.

Руководитель _____ «__» _____ 20__ г.
(подпись) (расшифровка подписи)
М.П.

ПРИЛОЖЕНИЕ 15
к постановлению Правительства
Самарской области
от 09.08.2014 № 523

Представитель:

Руководителю

(Ф.И.О. полностью)
паспорт серия _____ № _____
выдан (кем, когда) _____

(наименование учреждения)

(Ф.И.О. руководителя)

дата рождения _____
место рождения _____
контактный телефон: _____

(Ф.И.О. льготополучателя полностью)
проживающего по адресу:

(индекс, город, район, село)

улица _____

дом _____, корпус _____, кв. _____

контактный телефон: _____

паспорт (свидетельство)

серия _____ № _____

выдан (кем, когда) _____

дата рождения _____

место рождения _____

СНИЛС _____

(указывается в случае предъявления
льготополучателем страхового
свидетельства обязательного
пенсионного страхования)

являющегося:

инвалидом _____ группы

ребенком-инвалидом

ветераном _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас предоставить мне услуги по ремонту следующих
технических средств реабилитации (далее – ТСР)/протезно-
ортопедических изделий (далее – ПОИ) _____

(наименование ТСР, ПОИ)

на основании (нужное подчеркнуть):

индивидуальной программы реабилитации инвалида/
индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида
№ _____ от « _____ » _____ 20 _____ г.;

заклучения врачебной комиссии медицинской организации, оказывающей лечебно-профилактическую помощь № _____ от « ____ » _____ 20__ г.

К заявлению прилагаю _____
(указывается документ, подтверждающий полномочия представителя).

Прошу пригласить меня на медико-техническую экспертизу либо провести медико-техническую экспертизу без моего участия (нужное подчеркнуть).

_____ « ____ » _____ 20__ г.
(подпись заявителя) (расшифровка подписи)
(представителя)

ПРИЛОЖЕНИЕ 16
к постановлению Правительства
Самарской области
от 09.08.2014 № 523

СПИСОК
УЧЕТА ИНВАЛИДОВ (ВETERАНОВ) НА ПОЛУЧЕНИЕ УСЛУГ
ПО РЕМОНТУ ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ РЕАБИЛИТАЦИИ
(ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ИЗДЕЛИЙ)

№ п/п	Дата поступления заявления	Страховой номер индивидуального лицевого счета	Ф.И.О., дата рождения	Адрес проживания, телефон	Документ, удостоверяющий личность, серия, номер, кем и когда выдан	Категория: инвалид (с указанием группы инвалидности), ребенок-инвалид, ветеран	Номер, дата разработки, срок окончания индивидуальной программы реабилитации инвалида/ индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (заключения лечебно-профилактического учреждения), наименование выдавшего органа	Наименование технического средства реабилитации (протезно-ортопедического изделия), подлежащего ремонту	Регистрационный номер уведомления о постановке на учет	Дата осуществления услуг по ремонту
-------	----------------------------	--	-----------------------	---------------------------	--	--	---	---	--	-------------------------------------

ПРИЛОЖЕНИЕ 17
к постановлению Правительства
Самарской области
от 09.08.2014 № 523

Бланк учреждения

ЗАКЛЮЧЕНИЕ
МЕДИКО-ТЕХНИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО УСТАНОВЛЕНИЮ
НЕОБХОДИМОСТИ РЕМОНТА ИЛИ ДОСРОЧНОЙ ЗАМЕНЫ
ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ РЕАБИЛИТАЦИИ,
ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ИЗДЕЛИЙ
№ _____ от «__» _____ 20__ г.

Выдано _____,
(Ф.И.О.)

дата рождения _____, адрес места жительства: _____,
контактный телефон: _____, техническое средство
реабилитации (далее – ТСР), протезно-ортопедическое изделие (далее –
ПОИ), представленное на медико-техническую экспертизу: _____

_____.
(вид ТСР, ПОИ)

Документ, на основании которого инвалид (ветеран) был обеспечен
ТСР, ПОИ (нужное подчеркнуть):

индивидуальная программа реабилитации инвалида/ индивидуальная
программа реабилитации или абилитации инвалида № _____
от «__» _____ 20__ г.;

заключение врачебной комиссии медицинской организации,
оказывающей лечебно-профилактическую помощь № _____
от «__» _____ 20__ г.

Заклучение медико-технической экспертизы:
_____.

Руководитель учреждения _____ «__» _____ 20__ г.
(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

ПРИЛОЖЕНИЕ 18
к постановлению Правительства
Самарской области
от 09.08.2014 № 523

Бланк учреждения

НАПРАВЛЕНИЕ
НА ПОЛУЧЕНИЕ УСЛУГ ПО РЕМОНТУ ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ
РЕАБИЛИТАЦИИ, ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ИЗДЕЛИЙ

№ _____ от « _____ » _____ 20__ г.

Гражданин(ка) _____,
(Ф.И.О. инвалида (ветерана)
страховой номер индивидуального лицевого счета инвалида (ветерана)
(СНИЛС) _____, наименование документа, удостоверяющего
личность инвалида (ветерана): _____ серия _____ номер _____,
дата выдачи _____,
(наименование органа, выдавшего документ)

направляется в _____
(наименование организации)

по адресу: _____
для получения _____.
(наименование технического средства реабилитации,
протезно-ортопедического изделия)

Направление выдано на основании (нужное подчеркнуть):
заявления инвалида (ветерана) от « _____ » _____ 20__ г.;
заключения медико-технической экспертизы по установлению
необходимости ремонта или досрочной замены технического средства
реабилитации, протезно-ортопедического изделия № _____
от « _____ » _____ 20__ г.

Направление действительно в течение 10 календарных дней со дня
его выдачи (при наличии оснований, препятствующих своевременному
обращению инвалида в организацию, необходимо сообщить о данном
факте в учреждение, выдавшее направление, и решить вопрос о продлении
срока действия направления).

Примечание. В случае поступления настоящего направления в
организацию после выполнения обязательств по договору
(государственному контракту) организация в обязательном порядке
должна уведомить об этом учреждение, выдавшее направление.

Руководитель учреждения _____ « _____ » _____ 20__ г.
(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

Отрывной талон к направлению № _____ от « ____ » _____ 20__ г.,
 выданному _____
 (наименование учреждения)
 инвалиду (ветерану) _____,
 (Ф.И.О.)
 страховой номер индивидуального лицевого счета инвалида (ветерана)
 (СНИЛС) _____.

М.П. учреждения

<p>Направление принято организацией « ____ » _____ 20__ г.</p> <hr/> <p>(должность ответственного лица организации, принявшего направление)</p> <hr/> <p>(подпись)</p> <hr/> <p>(расшифровка подписи)</p> <p>М.П. организации</p>	<p>Направление сдано инвалидом (ветераном) (лицом, представляющим его интересы) « ____ » _____ 20__ г.</p> <hr/> <p>(подпись инвалида (ветерана) либо лица, представляющего его интересы)</p> <hr/> <p>(расшифровка подписи)</p> <hr/> <p>(реквизиты документа, на основании которого лицо представляет интересы инвалида (ветерана))</p>
---	--

Примечание. Отрывной талон подлежит возврату организацией в учреждение, выдавшее направление.

ПРИЛОЖЕНИЕ 19
к постановлению Правительства
Самарской области
от 09.08.2014 № 523

Представитель:

(Ф.И.О. полностью)
паспорт серия _____ № _____
выдан (кем, когда) _____

дата рождения _____
место рождения _____
контактный телефон: _____

В министерство социально -
демографической и семейной
политики Самарской области

(Ф.И.О. льготополучателя)
проживающего по адресу:

(индекс, город, район, село)
улица _____
дом _____, корпус _____, кв. _____
контактный телефон: _____
серия _____ № _____
выдан (кем, когда) _____

дата рождения _____
место рождения _____
СНИЛС _____,
(указывается в случае предъявления
льготополучателем страхового
свидетельства обязательного
пенсионного страхования)
являющегося:
инвалидом _____ группы
ребенком-инвалидом
ветераном _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу компенсировать мне расходы, связанные с ремонтом
технических(ого) средств(а) реабилитации (далее – ТСР) / протезно-
ортопедических(ого) изделий(я) (далее – ПОИ): _____
(наименование ТСР (ПОИ), количество)
произведенным за счет собственных средств в _____,
(наименование организации)

на основании (нужное подчеркнуть):

индивидуальной программы реабилитации инвалида/
индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида
№ _____ от « _____ » _____ 20__ г.;

заключения врачебной комиссии медицинской организации,
оказывающей лечебно-профилактическую помощь № _____
от « ____ » _____ 20__ г.;

заключения медико-технической экспертизы № _____
от « ____ » _____ 20__ г.

Сумму компенсации прошу перечислить на мой счет № _____
в отделении банка _____ или по месту жительства
(номер отделения банка)
через отделение почтовой связи № _____ (нужное
подчеркнуть).

К заявлению прилагаю _____.
(указывается документ, подтверждающий полномочия представителя)

_____ « ____ » _____ 20__ г.
(подпись заявителя) (расшифровка подписи)
(представителя)

ПРИЛОЖЕНИЕ 20
к постановлению Правительства
Самарской области
от 09.08.2014 № 523

Бланк учреждения

ЗАКЛЮЧЕНИЕ
О НАЛИЧИИ ОСНОВАНИЙ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ КОМПЕНСАЦИИ
ИНВАЛИДУ (ВETERАНУ) ЗА УСЛУГИ ПО РЕМОНТУ ТЕХНИЧЕСКИХ
СРЕДСТВ РЕАБИЛИТАЦИИ, ПРОТЕЗОВ,
ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ИЗДЕЛИЙ

№ _____ от «__» _____ 20__ г.

Рассмотрев документы, представленные инвалидом (ветераном)

(Ф.И.О.)

дата рождения _____, проживающим по адресу: _____,
контактный телефон: _____, для назначения компенсации за
услуги по ремонту технических средств реабилитации, протезов, протезно-
ортопедических изделий (далее – компенсация), которые он приобрел на
основании (нужное подчеркнуть):

индивидуальной программы реабилитации инвалида/
индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида
№ _____ от «__» _____ 20__ г.;

заклучения врачебной комиссии медицинской организации,
оказывающей лечебно-профилактическую помощь № _____
от «__» _____ 20__ г.,

учреждение _____

(наименование учреждения)

выносит решение о наличии оснований для назначения _____

(Ф.И.О.)

компенсации в размере _____ (_____) руб.

Для назначения компенсации необходимо передать в

(наименование главного управления социальной защиты населения)
следующие документы:

заявление инвалида (ветерана) от «__» _____ 20__ г.;

оригиналы документов, подтверждающих расходы на сумму

_____ (_____) руб. _____;

(наименование документа)

копии документов, удостоверяющих полномочия представителя
(в случае, если от имени инвалида (ветерана) действует представитель).

Руководитель учреждения _____ «__» _____ 20__ г.

(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

ПРИЛОЖЕНИЕ 21
к постановлению Правительства
Самарской области
от 09.08.2014 № 523

Представитель:

(Ф.И.О. полностью)
паспорт серия _____ № _____
выдан (кем, когда) _____

дата рождения _____
место рождения _____
контактный телефон: _____

В министерство социально -
демографической и семейной
политики Самарской области

(Ф.И.О. льготополучателя полностью)
проживающего по адресу:

(индекс, город, район, село)
улица _____
дом _____, корпус _____, кв. _____
контактный телефон: _____
паспорт (свидетельство)
серия _____ № _____
выдан (кем, когда) _____

дата рождения _____
место рождения _____
СНИЛС _____,
(указывается в случае предъявления
льготополучателем страхового
свидетельства обязательного
пенсионного страхования)
являющегося:
инвалидом _____ группы
ребенком-инвалидом
ветераном _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу возместить мне расходы, связанные с приобретением проездных документов за счет собственных средств на проезд с _____ по _____ по маршруту _____, на основании:

справки, выданной министерством здравоохранения Самарской области № _____ от « _____ » _____ 20 _____ г.;

справки об инвалидности (документа, подтверждающего статус льготополучателя) № _____ от « _____ » _____ 20 _____ г.;

оригиналов документов, подтверждающих расходы.

Сумму возмещения прошу перечислить на мой счет № _____
в отделении банка _____ или по месту жительства через отделение
(номер отделения банка)
почтовой связи № _____ (нужное подчеркнуть).

К заявлению прилагаю _____.
(указывается документ, подтверждающий полномочия представителя)

_____ «__» _____ 20__ г.
(подпись заявителя) (расшифровка подписи)
(представителя)

ПРИЛОЖЕНИЕ 22
к постановлению Правительства
Самарской области
от 09.08.2014 № 523

Бланк учреждения

ЗАКЛЮЧЕНИЕ
О НАЛИЧИИ ОСНОВАНИЙ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ
ВОЗМЕЩЕНИЯ РАСХОДОВ ЗА САМОСТОЯТЕЛЬНО
ПРИБРОБЕТЕННЫЕ БИЛЕТЫ НА ПРОЕЗД НА МЕЖДУГОРОДНОМ
ТРАНСПОРТЕ К МЕСТУ ЛЕЧЕНИЯ И ОБРАТНО

№ _____ от «__» _____ 20__ г.

Рассмотрев документы, представленные гражданином

(Ф.И.О.)

дата рождения _____, проживающим по адресу: _____,
контактный телефон: _____, для назначения возмещения
расходов за самостоятельно приобретенные билеты на проезд на
междугородном транспорте к месту лечения и обратно на основании
справки, выданной министерством здравоохранения Самарской области
№ __ от «__» _____ 20__ г., учреждение _____
(наименование учреждения)

выносит решение о наличии оснований для назначения возмещения
расходов в размере _____ (_____) руб.

Для назначения возмещения расходов необходимо передать в

(наименование главного управления социальной защиты населения)
следующие документы:

заявление гражданина от «__» _____ 20__ г.;

оригиналы документов, подтверждающих расходы на сумму
_____ (_____) руб.: _____;
(наименование документа)

копии документов, удостоверяющих полномочия представителя
(в случае если от имени гражданина действует представитель).

Руководитель учреждения _____ «__» _____ 20__ г.
(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

ПРИЛОЖЕНИЕ 23
к постановлению Правительства
Самарской области
от 09.08.2014 № 523

Представитель:

_____ (Ф.И.О. полностью)
паспорт серия _____ № _____
выдан (кем, когда) _____
_____ дата рождения _____
_____ место рождения _____
_____ контактный телефон: _____

В министерство социально -
демографической и семейной
политики Самарской области

_____,
(Ф.И.О. льготополучателя полностью)
проживающего по адресу:

_____ (индекс, город, район, село)
улица _____
дом _____, корпус _____, кв. _____
контактный телефон: _____
паспорт (свидетельство)
серия _____ № _____
выдан (кем, когда) _____
_____ дата рождения _____
_____ место рождения _____
СНИЛС _____,
(указывается в случае предъявления
льготополучателем страхового
свидетельства обязательного
пенсионного страхования)
являющегося:
инвалидом _____ группы
ребенком-инвалидом
ветераном _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу компенсировать мне расходы, связанные с приобретением проездных документов за счет собственных средств на проезд с _____ по _____ по маршруту _____, с _____ по _____ по маршруту _____ к месту изготовления технических(ого) средств(а) реабилитации (ТСР) /протезно-ортопедических(ого) изделий(я) (ПОИ): _____, (наименование ТСР (ПОИ), количество)

на основании (нужное подчеркнуть):

индивидуальной программы реабилитации инвалида/
индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида
№ _____ от «__» _____ 20__ г.;

заклучения врачебной комиссии медицинской организации,
оказывающей лечебно-профилактическую помощь № _____
от «__» _____ 20__ г.

Сумму компенсации прошу перечислить на мой счет № _____
в отделении банка _____ или по месту жительства
(номер отделения банка)
через отделение почтовой связи № _____ (нужное подчеркнуть).

К заявлению прилагаю _____
(указывается документ, подтверждающий полномочия представителя).

_____ «__» _____ 20__ г.
(подпись заявителя (представителя) (расшифровка подписи)

ПРИЛОЖЕНИЕ 24
к постановлению Правительства
Самарской области
от 09.08.2014 № 523

Бланк учреждения

ЗАКЛЮЧЕНИЕ
О НАЛИЧИИ ОСНОВАНИЙ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ И
ВЫПЛАТЫ КОМПЕНСАЦИИ ИНВАЛИДУ (ВETERАНУ)
СТОИМОСТИ ПРОЕЗДА К МЕСТУ ИЗГОТОВЛЕНИЯ
ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ РЕАБИЛИТАЦИИ, ПРОТЕЗОВ,
ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ИЗДЕЛИЙ И ОБРАТНО
№ _____ от «__» _____ 20__ г.

Рассмотрев документы, представленные инвалидом (ветераном) _____,
_____, дата рождения _____,
(Ф.И.О.)

проживающим по адресу: _____, контактный телефон:
_____, для назначения компенсации стоимости проезда к
месту изготовления технических средств реабилитации, протезов,
протезно-ортопедических изделий и обратно (далее – компенсация),
которые он приобрел на основании (нужное подчеркнуть):

индивидуальной программы реабилитации инвалида/
индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида
№ _____ от «__» _____ 20__ г.;

заклучения врачебной комиссии медицинской организации,
оказывающей лечебно-профилактическую помощь № _____
от «__» _____ 20__ г.,
учреждение _____

(наименование учреждения)

выносит решение о наличии оснований для назначения компенсации в
размере _____ (_____) руб.

Для назначения компенсации необходимо передать в

_____ (наименование главного управления социальной защиты населения)
следующие документы:

заявление инвалида (ветерана) от «__» _____ 20__ г.;

оригиналы документов, подтверждающих расходы на сумму

_____ (_____) руб.: _____;

(наименование документа)

копии документов, удостоверяющих полномочия представителя (в
случае если от имени инвалида (ветерана) действует представитель).

Руководитель учреждения _____ «__» _____ 20__ г.

(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

ПРИЛОЖЕНИЕ 25
к постановлению Правительства
Самарской области
от 09.08.2014 № 523

Представитель:

Руководителю

(Ф.И.О. полностью)
паспорт серия _____ № _____
выдан (кем, когда) _____

дата рождения _____
место рождения _____
контактный телефон: _____

(наименование учреждения)

(Ф.И.О. руководителя)

(Ф.И.О. льготополучателя полностью)

проживающего по адресу:

(индекс, город, район, село)

улица _____

дом _____, корпус _____, кв. _____

контактный телефон: _____

паспорт (свидетельство)

серия _____ № _____

выдан (кем, когда) _____

дата рождения _____

место рождения _____

СНИЛС _____

(указывается в случае предъявления
льготополучателем страхового
свидетельства обязательного
пенсионного страхования)

являющегося:

инвалидом _____ группы

ребенком-инвалидом

ветераном _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас выделить путевку на санаторно-курортное лечение,
профиль заболевания _____,
в соответствии со справкой № _____ от «__» _____ 20__ г. лечебно-
профилактического учреждения _____,
(наименование учреждения)

расположенного по адресу: _____.

Мне разъяснено о недопустимости заезда по одной путевке двух лиц,
передачи путевки другому лицу и переноса срока лечения.

К заявлению прилагаю _____
(в случае если от имени льготополучателя действует представитель, то указывается документ, подтверждающий полномочия представителя).

_____ «__» _____ 20__ г.
(подпись заявителя (расшифровка подписи)
(представителя)

ПРИЛОЖЕНИЕ 26
к постановлению Правительства
Самарской области
от 09.08.2014 № 523

Бланк учреждения

(Ф.И.О. льготополучателя)

(адрес)

УВЕДОМЛЕНИЕ
О ПОСТАНОВКЕ НА УЧЕТ (СНЯТИИ С УЧЕТА)
НА ПОЛУЧЕНИЕ ПУТЕВКИ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ
№ _____ от «__» _____ 20__ г.

Уважаемый(ая) _____,
(Ф.И.О.)

Вы поставлены на учет (сняты с учета) в _____
(наименование учреждения)

для обеспечения путевкой на санаторно-курортное лечение, профиль
заболевания _____

на основании справки лечебно-профилактического учреждения
№ _____ от «__» _____ 20__ г.

Справки по телефону: _____.

Директор учреждения _____ «__» _____ 20__ г.
(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

Отрывной талон к уведомлению о постановке на учет (снятии с
учета) на получение путевки на санаторно-курортное лечение № _____
от «__» _____ 20__ г., выданному _____.
(Ф.И.О. специалиста учреждения)

Уведомление получено _____.
(Ф.И.О. льготополучателя)

Примечание. Отрывной талон хранится в учреждении.

ПРИЛОЖЕНИЕ 27
к постановлению Правительства
Самарской области
от 09.08.2014 № 523

Представитель:

(Ф.И.О. полностью)
паспорт серия _____ № _____
выдан (кем, когда) _____

дата рождения _____
место рождения _____
контактный телефон: _____

В министерство социально -
демографической и семейной
политики Самарской области
_____,
(Ф.И.О. льготополучателя полностью)

проживающего по адресу:

(индекс, город, район, село)

улица _____
дом _____, корпус _____, кв. _____
контактный телефон: _____
паспорт (свидетельство)
серия _____ № _____
выдан (кем, когда) _____

дата рождения _____
место рождения _____
СНИЛС _____,
(указывается в случае предъявления
льготополучателем страхового
свидетельства обязательного
пенсионного страхования)
являющегося:
инвалидом _____ группы
ребенком-инвалидом
ветераном _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу возместить мне расходы, связанные с приобретением проездных документов за счет собственных средств на проезд с _____ по _____ по маршруту _____ с _____ по _____ по маршруту _____, на основании:

санаторно-курортной путевки № _____ серия _____;
копии отрывного талона к санаторно-курортной путевке;
справки об инвалидности (документа, подтверждающего статус льготополучателя);
оригиналов документов, подтверждающих расходы.

Сумму возмещения прошу перечислить на мой счет
№ _____ в отделении банка _____
(номер отделения банка)

или по месту жительства через отделение почтовой связи
№ _____ (нужное подчеркнуть).

К заявлению прилагаю _____
(указывается документ, подтверждающий полномочия представителя).

_____ «__» _____ 20__ г.
(подпись заявителя (расшифровка подписи)
(представителя)

ПРИЛОЖЕНИЕ 28
к постановлению Правительства
Самарской области
от 09.08.2014 № 523

Бланк учреждения

ЗАКЛЮЧЕНИЕ
О НАЛИЧИИ ОСНОВАНИЙ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ВОЗМЕЩЕНИЯ
РАСХОДОВ ЗА ПРОЕЗД НА МЕЖДУГОРОДНОМ ТРАНСПОРТЕ
К МЕСТУ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ И ОБРАТНО

№ _____ от «__» _____ 20__ г.

Рассмотрев документы, представленные гражданином _____

(Ф.И.О.)

дата рождения _____, проживающим по адресу:
_____, контактный телефон: _____,
для назначения возмещения расходов за самостоятельно приобретенные
билеты на проезд на междугородном транспорте к месту санаторно-
курортного лечения и обратно на основании санаторно-курортной
путевки № _____ серия _____,
учреждение _____

(наименование учреждения)

выносит решение о наличии оснований для назначения возмещения
расходов в размере _____ (_____) руб.

Для назначения возмещения расходов необходимо передать в

_____ (наименование главного управления социальной защиты населения)
следующие документы:

заявление гражданина от «__» _____ 20__ г.;

оригиналы документов, подтверждающих расходы на
сумму _____ (_____) руб.: _____;

(наименование документа)

копии документов, удостоверяющих полномочия представителя
(в случае если от имени гражданина действует представитель).

Руководитель учреждения _____ «__» _____ 20__ г.

(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

ПРИЛОЖЕНИЕ 29
к постановлению Правительства
Самарской области
от 09.08.2014 № 523

Представитель:

(Ф.И.О. полностью)
паспорт серия _____ № _____
выдан (кем, когда) _____

дата рождения _____
место рождения _____
контактный телефон: _____

Руководителю

(наименование учреждения)

(Ф.И.О. руководителя)

(Ф.И.О. льготополучателя полностью)
проживающего по адресу:

(индекс, город, район, село)
улица _____
дом _____, корпус _____, кв. _____
контактный телефон: _____
паспорт (свидетельство)
серия _____ № _____
выдан (кем, когда) _____

дата рождения _____
место рождения _____
СНИЛС _____,
(указывается в случае предъявления
льготополучателем страхового
свидетельства обязательного
пенсионного страхования)
являющегося:
инвалидом _____ группы
ребенком-инвалидом

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас обеспечить меня собакой-проводником на основании индивидуальной программы реабилитации инвалида/ индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида № _____ от «__» _____ 20__ г.

Мне разъяснено, что в соответствии с действующим законодательством собака-проводник передана мне в безвозмездное пользование и не подлежит передаче другим лицам.

К заявлению прилагаю _____.
(указывается документ, подтверждающий полномочия представителя)

_____ «__» _____ 20__ г.
(подпись заявителя) (расшифровка подписи)
(представителя)

ПРИЛОЖЕНИЕ 30
к постановлению Правительства
Самарской области
от 09.08.2014 № 523

Бланк учреждения

(Ф.И.О. льготополучателя)

(адрес)

УВЕДОМЛЕНИЕ
О ПОСТАНОВКЕ НА УЧЕТ (СНЯТИИ С УЧЕТА)
ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ СОБАКОЙ-ПРОВОДНИКОМ

№ _____ от « ____ » _____ 20 ____ г.

Уважаемый(ая) _____,
(Ф.И.О. льготополучателя)

Вы поставлены на учет (сняты с учета) в _____
(наименование учреждения)

для обеспечения собакой-проводником на основании (нужное подчеркнуть):

индивидуальной программы реабилитации инвалида /
индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида
(далее – ИПР) № _____ от « ____ » _____ 20 ____ г.;

отказа от получения собаки-проводника;
отсутствия действующей ИПР в течение шести месяцев после
окончания срока действия предыдущей.

Ваш регистрационный номер в списке учета ____ от « ____ » ____ 20 ____ г.

Вы поставлены на учет до _____.
(указывается срок окончания ИПР)

При возможности получения собаки-проводника Вам будет
выдано направление в уполномоченную организацию.

Справки по телефону _____.

Руководитель учреждения _____ « ____ » _____ 20 ____ г.
(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

Отрывной талон к уведомлению о постановке на учет (снятии с учета) по обеспечению собакой-проводником № ___ от « ___ » 20 ___ г., выданному _____.

(Ф.И.О. специалиста учреждения)

Уведомление получено _____.

(Ф.И.О. льготополучателя)

« ___ » _____ 20 ___ г. _____

(подпись инвалида либо лица,
представляющего его интересы)

Примечание. Отрывной талон хранится в учреждении.

ПРИЛОЖЕНИЕ 31
к постановлению Правительства
Самарской области
от 09.08.2014 № 523

СПИСОК
УЧЕТА ИНВАЛИДОВ НА ОБЕСПЕЧЕНИЕ СОБАКАМИ-ПРОВОДНИКАМИ

№ п/п	Дата поступления заявления	Страховой номер индивидуального лицевого счета	Ф.И.О., дата рождения	Адрес проживания, телефон	Документ, удостоверяющий личность, серия, номер, кем и когда выдан	Категория: инвалид (с указанием группы инвалидности), ребенок-инвалид	Номер, дата разработки, срок окончания индивидуальной программы реабилитации инвалида/ индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, наименование выдавшего органа	Цель (получение собаки-проводника или ежегодной компенсации)	Регистрационный номер уведомления о постановке на учет	Дата выдачи собаки-проводника
-------	----------------------------	--	-----------------------	---------------------------	--	---	---	--	--	-------------------------------

ПРИЛОЖЕНИЕ 32
к постановлению Правительства
Самарской области
от 09.08.2014 № 523

Бланк учреждения

НАПРАВЛЕНИЕ
НА ПОЛУЧЕНИЕ СОБАКИ-ПРОВОДНИКА
№ _____ от « _____ » _____ 20__ г.

Гражданин(ка) _____,
(Ф.И.О.)

страховой номер индивидуального лицевого счета инвалида (ветерана)
(СНИЛС) _____,

наименование документа, удостоверяющего личность инвалида
(ветерана): _____ серия _____ номер _____,
дата выдачи _____,

(наименование органа, выдавшего документ)

направляется в _____
(наименование организации)

по адресу: _____

для получения собаки-проводника.

Направление выдано на основании:

заявления инвалида от « _____ » _____ 20__ г.;

индивидуальной программы реабилитации инвалида/
индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида
№ _____ от « _____ » _____ 20__ г.

Направление действительно в течение 10 календарных дней со дня его выдачи (при наличии оснований, препятствующих своевременному обращению инвалида в организацию, необходимо сообщить о данном факте в учреждение, выдавшее направление, и решить вопрос о продлении срока действия направления).

Руководитель учреждения _____ « _____ » _____ 20__ г.
(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

Отрывной талон к направлению № _____ от « ____ » _____ 20__ г.,
 выданному _____
 (наименование учреждения)
 инвалиду _____,
 (Ф.И.О.)
 страховой номер индивидуального лицевого счета инвалида
 (СНИЛС) _____.

М.П. учреждения

<p>Направление принято организацией « ____ » _____ 20__ г.</p> <hr/> <p>(должность ответственного лица организации, принявшего направление)</p> <hr/> <p>(подпись)</p> <hr/> <p>(расшифровка подписи)</p> <hr/> <p>М.П. организации</p>	<p>Направление сдано инвалидом (ветераном) (лицом, представляющим его интересы) « ____ » _____ 20__ г.</p> <hr/> <p>(подпись инвалида (ветерана) либо лица, представляющего его интересы)</p> <hr/> <p>(расшифровка подписи)</p> <hr/> <p>(реквизиты документа, на основании которого лицо представляет интересы инвалида (ветерана))</p>
---	--

Примечание. Отрывной талон подлежит возврату организацией в учреждение, выдавшее направление.

ПРИЛОЖЕНИЕ 33
к постановлению Правительства
Самарской области
от 09.08.2014 № 523

Представитель:

(Ф.И.О. полностью)
паспорт серия _____ № _____
выдан (кем, когда) _____

дата рождения _____
место рождения _____
контактный телефон: _____

В министерство социально -
демографической и семейной
политики Самарской области
_____,
(Ф.И.О. льготополучателя
полностью)
проживающего по адресу:

(индекс, город, район, село)
улица _____
дом _____, корпус _____, кв. _____
контактный телефон: _____
паспорт (свидетельство) серия
_____ № _____
выдан (кем, когда) _____

дата рождения _____
месторождения _____
СНИЛС _____,
(указывается в случае предъявления
льготополучателем страхового
свидетельства обязательного
пенсионного страхования)
являющегося:
инвалидом _____ группы
ребенком-инвалидом

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу компенсировать мне расходы, связанные с приобретением проездных документов за счет собственных средств за проезд с _____ по _____ по маршруту _____, с _____ по _____ по маршруту _____ к месту получения собаки-проводника, на основании индивидуальной программы реабилитации инвалида/ индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида № _____ от «___» _____ 20___ г.

Сумму компенсацию прошу перечислить на мой счет
№ _____ в отделении банка _____

(номер отделения банка)

или по месту жительства через отделение почтовой связи № _____
(нужное подчеркнуть).

К заявлению прилагаю _____
(указывается документ, подтверждающий полномочия представителя).

_____ «__» _____ 20__ г.
(подпись заявителя (расшифровка подписи)
(представителя)

ПРИЛОЖЕНИЕ 34
к постановлению Правительства
Самарской области
от 09.08.2014 № 523

ЗАКЛЮЧЕНИЕ
О НАЛИЧИИ ОСНОВАНИЙ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ИНВАЛИДУ
КОМПЕНСАЦИИ СТОИМОСТИ ПРОЕЗДА
№ _____ от «__» _____ 20__ г.

Рассмотрев документы, представленные инвалидом _____,
(Ф.И.О.)
дата рождения _____, проживающим по адресу:
_____, контактный телефон:
_____, для назначения компенсации
стоимости проезда к месту получения собаки-проводника на основании
индивидуальной программы реабилитации инвалида/ индивидуальной
программы реабилитации или абилитации инвалида
№ _____ от «__» _____ 20__ г.,
учреждение _____

(наименование учреждения)
выносит решение о наличии оснований для назначения _____
(Ф.И.О.)
компенсации в размере _____ (_____) руб.
Для назначения компенсации необходимо передать в

_____ (наименование главного управления социальной защиты населения)
следующие документы:

заявление инвалида (ветерана) от «__» _____ 20__ г.;
оригиналы документов, подтверждающих расходы на сумму _____
(_____) руб.: _____;
(наименование документа)

копии документов, удостоверяющих полномочия представителя
(в случае если от имени инвалида (ветерана) действует представитель).

Руководитель учреждения _____ «__» _____ 20__ г.
(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

ПРИЛОЖЕНИЕ 35
к постановлению Правительства
Самарской области
от 09.08.2014 № 523

Представитель:

(Ф.И.О. полностью)
паспорт серия _____ № _____
выдан (кем, когда) _____

дата рождения _____
место рождения _____
контактный телефон: _____

В министерство социально -
демографической и семейной
политики Самарской области

_____,
(Ф.И.О. льготополучателя полностью)
проживающего по адресу:

(индекс, город, район, село)
улица _____
дом _____, корпус _____, кв. _____
контактный телефон: _____
паспорт (свидетельство)
серия _____ № _____
выдан (кем, когда) _____
дата рождения _____
место рождения _____
СНИЛС _____,
являющегося:
инвалидом _____ группы
ребенком-инвалидом

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу компенсировать мне расходы, связанные с содержанием и ветеринарным обслуживанием собаки-проводника, полученной на основании индивидуальной программы реабилитации инвалида/ индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида № _____ от «__» _____ 20__ г.

Сумму компенсации прошу перечислить на мой счет № _____
в отделении банка _____

(номер отделения банка)

или по месту жительства через отделение почтовой связи
№ _____ (нужное подчеркнуть).

К заявлению прилагаю _____
(указывается документ, подтверждающий полномочия представителя).

_____ «__» _____ 20__ г.
(подпись заявителя) (расшифровка подписи)
(представителя)

ПРИЛОЖЕНИЕ 36
к постановлению Правительства
Самарской области
от 09.08.2017 № 523

Бланк учреждения

ЗАКЛЮЧЕНИЕ
О НАЛИЧИИ ОСНОВАНИЙ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ИНВАЛИДУ
ЕЖЕГОДНОЙ ДЕНЕЖНОЙ КОМПЕНСАЦИИ РАСХОДОВ НА
СОДЕРЖАНИЕ И ВЕТЕРИНАРНОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ
СОБАК-ПРОВОДНИКОВ

№ _____ от « ____ » _____ 20__ г.

Рассмотрев документы, представленные инвалидом

_____,
(Ф.И.О.)

дата рождения _____, проживающим по адресу:
_____, контактный телефон: _____,
для назначения ежегодной денежной компенсации расходов на содержание
и ветеринарное обслуживание собаки-проводника, полученной на
основании индивидуальной программы реабилитации инвалида/
индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида
№ _____ от « ____ » _____ 20__ г.,
учреждение _____

(наименование учреждения)

выносит решение о наличии оснований для назначения _____
(Ф.И.О.)

компенсации в размере _____ (_____) руб.

Для назначения компенсации необходимо передать в

(наименование главного управления социальной защиты населения)
следующие документы:

заявление инвалида (ветерана) от « ____ » _____ 20__ г.;

оригиналы документов, подтверждающих расходы на сумму

_____ (_____) руб.: _____;
(наименование документа)

копии документов, удостоверяющих полномочия представителя
(в случае если от имени инвалида (ветерана) действует представитель).

Руководитель учреждения _____ « ____ » _____ 20__ г.
(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

ПРИЛОЖЕНИЕ 37
к постановлению Правительства
Самарской области
от 09.08.2017 № 523

Представитель:

Руководителю

(Ф.И.О. полностью)
паспорт серия _____ № _____
выдан (кем, когда) _____

(наименование учреждения)

(Ф.И.О. руководителя)

дата рождения _____
место рождения _____
контактный телефон: _____

(Ф.И.О. льготополучателя полностью)
проживающего по адресу:

(индекс, город, район, село)

улица _____

дом _____, корпус _____, кв. _____

контактный телефон: _____

паспорт (свидетельство)

серия _____ № _____

выдан (кем, когда) _____

дата рождения _____

место рождения _____

СНИЛС _____,

являющегося:

инвалидом _____ группы

ребенком-инвалидом

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас поставить меня на учет для получения услуг по сурдопереводу, тифлосурдопереводу на основании индивидуальной программы реабилитации инвалида/ индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида № _____ от «___» _____ 20__ г. (нужное подчеркнуть).

Обязуюсь сообщить о необходимости получения услуги не позднее чем за 14 дней до ее оказания.

К заявлению прилагаю _____
(в случае если от имени инвалида (ребенка-инвалида) действует представитель, то указывается документ, подтверждающий полномочия представителя).

(подпись заявителя) _____ «___» _____ 20__ г.
(представителя) (расшифровка подписи)

ПРИЛОЖЕНИЕ 38
к постановлению Правительства
Самарской области
от 09.08.2014 № 523

Бланк учреждения

(Ф.И.О. льготополучателя)

(адрес)

УВЕДОМЛЕНИЕ
О ПОСТАНОВКЕ НА УЧЕТ (СНЯТИИ С УЧЕТА)
НА ПОЛУЧЕНИЕ УСЛУГ ПО СУРДОПЕРЕВОДУ,
ТИФЛОСУРДОПЕРЕВОДУ

№ _____ от « ____ » _____ 20__ г.

Уважаемый(ая) _____,
(Ф.И.О. льготополучателя)

Вы поставлены на учет (сняты с учета) в _____
(наименование учреждения)

на получение услуг по сурдопереводу, тифлосурдопереводу на основании:
индивидуальной программы реабилитации инвалида /
индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида
(далее – ИПР) № ____ от « ____ » _____ 20__ г.;

отказа от получения услуг по сурдопереводу, тифлосурдопереводу;
отсутствия действующей ИПР в течение шести месяцев по
окончании срока действия предыдущей (нужное подчеркнуть).

Ваш регистрационный номер в списке учета ____ от « ____ » 20__ г.

Вы поставлены на учет до _____
(указывается срок окончания ИПР)

В случае отсутствия действующей ИПР в течение шести месяцев по
окончании срока действия предыдущей Вы будете сняты с учета.

При возможности получения услуг по сурдопереводу Вам будет
выдано направление в организацию, предоставляющую услуги по
сурдопереводу, тифлосурдопереводу.

Справки по телефону _____.

Руководитель учреждения _____ « ____ » _____ 20__ г.

(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

Отрывной талон к уведомлению о постановке на учет (снятии с учета) на получение услуг по сурдопереводу, тифлосурдопереводу № _____ от « ____ » _____ 20 ____ г.,

выданному _____.

(Ф.И.О. специалиста учреждения)

Уведомление получено _____.

(Ф.И.О. льготополучателя)

« ____ » _____ 20 ____ г. _____

(подпись инвалида либо лица,
представляющего его интересы)

Примечание. Отрывной талон хранится в учреждении.

ПРИЛОЖЕНИЕ 39
к постановлению Правительства
Самарской области
от 09.08.2014 № 523

Бланк учреждения

НАПРАВЛЕНИЕ
НА ПОЛУЧЕНИЕ УСЛУГ ПО СУРДОПЕРЕВОДУ,
ТИФЛОСУРДОПЕРЕВОДУ

№ _____ от « _____ » _____ 20__ г.

Гражданин(ка) _____,
(Ф.И.О.)

страховой номер индивидуального лицевого счета инвалида
(СНИЛС) _____, наименование документа, удостоверяющего
личность инвалида: _____ серия _____ номер _____,
дата выдачи _____,
(наименование органа, выдавшего документ)

направляется в _____
(наименование организации)

по адресу: _____
для получения услуг по сурдопереводу, тифлосурдопереводу

_____.
(место, время, количество часов)

Направление выдано на основании:

заявления инвалида (ветерана) от « _____ » _____ 20__ г.;
индивидуальной программы реабилитации инвалида/
индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида
№ _____ от « _____ » _____ 20__ г.

Направление действительно в течение 10 календарных дней со дня его выдачи (при наличии оснований, препятствующих своевременному обращению инвалида в организацию, необходимо сообщить о данном факте в учреждение, выдавшее направление, и решить вопрос о продлении срока действия направления).

Примечание. В случае поступления настоящего направления в организацию после выполнения обязательств по договору (государственному контракту) организация в обязательном порядке должна уведомить об этом учреждение, выдавшее направление.

Руководитель учреждения _____ « _____ » _____ 20__ г.
(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

Отрывной талон к направлению № _____ от « ____ » _____ 20__ г.,
выданному _____

(наименование учреждения)

инвалиду _____,
(Ф.И.О.)

страховой номер индивидуального лицевого счета инвалида
(СНИЛС) _____.

М.П. учреждения

<p>Направление принято организацией</p> <p>« ____ » _____ 20__ г.</p> <hr/> <p>(должность ответственного лица организации, принявшего направление)</p> <hr/> <p>(подпись)</p> <hr/> <p>(расшифровка подписи)</p> <p>М.П. организации</p>	<p>Направление сдано инвалидом (лицом, представляющим его интересы)</p> <p>« ____ » _____ 20__ г.</p> <hr/> <p>(подпись инвалида либо лица, представляющего его интересы)</p> <hr/> <p>(расшифровка подписи)</p> <hr/> <p>(реквизиты документа, на основании</p> <hr/> <p>которого лицо представляет интересы инвалида</p>
--	--

Примечание. Отрывной талон подлежит возврату организацией в учреждение, выдавшее направление.

ПРИЛОЖЕНИЕ 40
к постановлению Правительства
Самарской области
от 09.08.2014 № 523

Представитель:

(Ф.И.О. полностью)
паспорт серия _____ № _____
выдан (кем, когда) _____

дата рождения _____
место рождения _____
контактный телефон: _____

В министерство социально -
демографической и семейной
политики Самарской области

_____,
(Ф.И.О. льготополучателя полностью)
проживающего по адресу:

(индекс, город, район, село)
улица _____
дом _____, корпус _____, кв. _____
контактный телефон: _____
паспорт (свидетельство)
серия _____ № _____
выдан (кем, когда) _____
дата рождения _____
место рождения _____
СНИЛС _____,
являющегося:
инвалидом _____ группы
ребенком-инвалидом _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу компенсировать мне расходы, связанные с оплатой услуг по сурдопереводу, тифлосурдопереводу, приобретенных за счет собственных средств в _____,

(наименование организации)

дата _____, время _____, на основании индивидуальной программы реабилитации инвалида/ индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида № _____ от «__» _____ 20__ г. (нужное подчеркнуть).

Сумму компенсации прошу перечислить на мой счет № _____ в отделении банка _____ или по месту жительства через _____
(номер отделения банка)

отделение почтовой связи № _____ (нужное подчеркнуть).

К заявлению прилагаю _____
(указывается документ, подтверждающий полномочия представителя).

_____ «__» _____ 20__ г.
(подпись заявителя (представителя) (расшифровка подписи))

ПРИЛОЖЕНИЕ 41
к постановлению Правительства
Самарской области
от 09.08.2014 № 523

Бланк учреждения

ЗАКЛЮЧЕНИЕ
О НАЛИЧИИ ОСНОВАНИЙ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ
ИНВАЛИДУ КОМПЕНСАЦИИ РАСХОДОВ НА УСЛУГИ ПО
СУРДОПЕРЕВОДУ, ТИФЛОСУРДОПЕРЕВОДУ

№ _____ от «___» _____ 20__ г.

Рассмотрев документы, представленные инвалидом

(Ф.И.О.)
дата рождения _____, проживающим по адресу: _____,
контактный телефон: _____, для назначения
компенсации расходов на услуги по сурдопереводу, тифлосурдопереводу
(далее – компенсация), которые он приобрел на основании
индивидуальной программы реабилитации инвалида/ индивидуальной
программы реабилитации или абилитации инвалида № _____
от «___» _____ 20__ г. (нужное подчеркнуть),
учреждение _____

(наименование учреждения)
выносит решение о наличии оснований для назначения _____
(Ф.И.О.)
компенсации в размере _____ (_____) руб.

Для назначения компенсации в _____
(наименование главного управления социальной защиты населения)
переданы следующие документы:

заявление инвалида от «___» _____ 20__ г.;

оригиналы документов, подтверждающих расходы на сумму
_____ (_____) руб.:

(наименование документа)

копии документов, удостоверяющих полномочия представителя
(в случае если от имени инвалида (ветерана) действует представитель).

Руководитель учреждения _____ «___» _____ 20__ г.
(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.