



ПРАВИТЕЛЬСТВО САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 23 сентября 2021 года № 796-П

г. Саратов

О внесении изменений в постановление Правительства Саратовской области от 15 февраля 2021 года № 80-П

На основании Устава (Основного Закона) Саратовской области Правительство Саратовской области ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Внести в постановление Правительства Саратовской области от 15 февраля 2021 года № 80-П «Об утверждении Положения о порядке назначения и выплаты ежемесячной денежной выплаты гражданам, проживающим на территории Саратовской области, воспитывающим детей в возрасте до 18 лет, страдающих целиакией» следующие изменения:

в Положении о порядке назначения и выплаты ежемесячной денежной выплаты гражданам, проживающим на территории Саратовской области, воспитывающим детей в возрасте до 18 лет, страдающих целиакией:

в части первой пункта 3:

в абзаце первом слово «документы» заменить словами «документы (сведения)»;

в подпункте 5 слова «копия акта органа опеки и попечительства» заменить словами «документы (сведения)»;

в подпункте 6 слово «справка» заменить словами «справка (сведения)»;

в пункте 4:

в части первой:

в предложении первом цифры «1-3, 6, 8» заменить цифрами «1-3, 8»;

в предложении втором цифры «4, 5, 7, 9» заменить цифрами «4-7, 9»;

дополнить частью второй следующего содержания:

«В случае, если заявитель не представил по собственной инициативе справку медицинской организации, содержащую сведения о наличии у ребенка заболевания целиакией и дате первичного установления заболевания, он представляет информированное добровольное согласие на разглашение (представление) сведений, составляющих врачебную тайну, по форме согласно приложению 2 к настоящему Положению. Государственное учреждение социальной поддержки населения на основании представленного согласия запрашивает в органе исполнительной власти области в сфере здравоохранения указанные сведения.»;

часть вторую считать частью третьей;
приложение к Положению о порядке назначения и выплаты ежемесячной денежной выплаты гражданам, проживающим на территории Саратовской области, воспитывающим детей в возрасте до 18 лет, страдающих целиакией, считать приложением № 1;

дополнить приложением № 2 согласно приложению.

2. Министерству информации и печати области опубликовать настоящее постановление в течение десяти дней со дня его подписания.

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

**Вице-губернатор Саратовской области –
Председатель Правительства
Саратовской области**



Р.В. Бусаргин

Приложение к постановлению
Правительства Саратовской области
от 23 сентября 2021 года № 796-П

«Приложение № 2
к Положению о порядке назначения
и выплаты ежемесячной денежной
выплаты гражданам, проживающим
на территории Саратовской области,
воспитывающим детей в возрасте
до 18 лет, страдающих целиакией

**Информированное добровольное согласие
на разглашение (представление) сведений, составляющих врачебную тайну**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)
« ____ » _____ года рождения, место рождения _____,
_____, пол _____,
паспорт: серия _____ № _____, выдан _____,
_____, дата выдачи _____, код подразделения _____,
зарегистрированный (проживающий) по адресу: _____

в соответствии с частью 3 статьи 13, пунктом 5 части 5 статьи 19
Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны
здоровья граждан в Российской Федерации» даю информированное
добровольное согласие _____
(наименование медицинской организации)

на разглашение (предоставление) органу исполнительной власти области в сфере
здравоохранения и _____
(наименование государственного учреждения социальной поддержки населения)

сведений, составляющих врачебную тайну, а именно о наличии у ребенка

(Ф.И.О. ребенка)
« ____ » _____ года рождения, место рождения _____,
_____, пол _____,
свидетельство о рождении: серия _____ № _____, выдано _____,

(выдавший орган, дата выдачи)
зарегистрированного (проживающего) по адресу: _____

по отношению к которому я являюсь _____,
(указать: родителем, усыновителем, опекуном,
попечителем, приемным родителем)

заболевания целиакия и дате первичного установления у него этого заболевания.

Настоящим согласием я разрешаю представлять сведения о наличии у _____ заболевания целиакия в целях
(Ф.И.О. ребенка)

рассмотрения моего заявления о назначении мне ежемесячной денежной выплаты гражданам, проживающим на территории Саратовской области, воспитывающим детей в возрасте до 18 лет, страдающих целиакией, в соответствии с Законом Саратовской области от 2 декабря 2020 года № 152-ЗСО «О ежемесячной денежной выплате гражданам, воспитывающим детей, страдающих целиакией».

Настоящим согласием я разрешаю представить указанные сведения в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2010 года № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг» в любой предусмотренной законом форме, в том числе путем выдачи документов и их копий на бумажном носителе и электронных документов.

« ____ » _____ года

(подпись)

(И.О. Фамилия)».