



**ПРАВИТЕЛЬСТВО  
ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ**

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ**

26.04.2019

№ 165-пп

г. Тверь

**О Порядке предоставления компенсации  
инвалидам затрат на приобретение  
комплектующих и элементов питания  
к системе кохлеарной имплантации**

В целях улучшения качества жизни инвалидов с нарушением слуха Правительство Тверской области постановляет:

1. Утвердить Порядок предоставления компенсации инвалидам затрат на приобретение комплектующих и элементов питания к системе кохлеарной имплантации (далее – Порядок) (прилагается).

2. Управлению информационной политики аппарата Правительства Тверской области совместно с Министерством социальной защиты населения Тверской области организовать освещение Порядка в средствах массовой информации Тверской области.

3. Контроль за исполнением настоящего постановления возложить на заместителя Председателя Правительства Тверской области, курирующего вопросы социальной защиты населения.

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

**Губернатор  
Тверской области**



**И.М. Руденя**

Приложение  
к постановлению Правительства  
Тверской области  
от 26.04.2019 № 165-пп

Порядок  
предоставления компенсации инвалидам затрат на приобретение  
комплектующих и элементов питания к системе кохлеарной имплантации

1. Настоящий порядок определяет механизм назначения и выплаты компенсации инвалидам затрат на приобретение комплектующих и элементов питания к системе кохлеарной имплантации (далее – Компенсация).

2. Компенсация назначается и выплачивается инвалиду, которому проведена операция по вживлению кохлеарных имплантов, являющемуся гражданином Российской Федерации, место жительства которого находится на территории Тверской области.

3. Компенсация производится государственными казенными учреждениями Тверской области – центрами социальной поддержки населения.

4. Компенсация носит заявительный характер и выплачивается один раз в два года в размере 100 % фактически понесенных расходов, но не более 30 000 руб.

5. Для получения Компенсации гражданин, указанный в пункте 2 настоящего порядка (далее – заявитель), не позднее 6 месяцев со дня приобретения комплектующих и элементов питания к системе кохлеарной имплантации представляет в государственное казенное учреждение Тверской области – центр социальной поддержки населения (далее – ГКУ) либо в многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг по месту жительства (далее – МФЦ) следующие документы:

1) заявление о предоставлении компенсации затрат на приобретение комплектующих и элементов питания к системе кохлеарной имплантации (далее – заявление) согласно приложению 1 к настоящему порядку;

2) копию документа, признаваемого в соответствии с законодательством Российской Федерации документом, удостоверяющим личность (с предъявлением подлинника);

3) копию свидетельства о рождении (с предъявлением подлинника) и копию документа, удостоверяющего личность, если ребенок старше 14 лет (с предъявлением подлинника);

4) копию справки, подтверждающую инвалидность (с предъявлением подлинника);

5) справку от врача сурдолога либо оториноларинголога, подтверждающую наличие кохлеарного имплантата (дата выдачи справки не

должна быть ранее 3 месяцев до момента обращения за Компенсацией);

б) копии документов, подтверждающих факт приобретения комплектующих и элементов питания к системе кохлеарной имплантации (товарная накладная, квитанция и т.п., с предъявлением подлинников).

В интересах заявителя для получения Компенсации с заявлением может обратиться в ГКУ или в МФЦ его законный представитель либо представитель заявителя. В случае обращения законного представителя заявителя (представителя заявителя) дополнительно к документам, указанным в настоящем пункте, предъявляется документ, удостоверяющий личность законного представителя (представителя заявителя), и копия документа, подтверждающего его полномочия (с предъявлением подлинника).

6. Заявление и документы, указанные в пункте 5 настоящего порядка, могут быть направлены в ГКУ либо в МФЦ в форме электронных документов, подписанных электронной подписью в соответствии с требованиями Федерального закона от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи», с использованием федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг».

ГКУ или МФЦ в течение 2 рабочих дней со дня поступления заявления и документов, указанных в пункте 5, запрашивают в Управлении Министерства внутренних дел Российской Федерации по Тверской области сведения о месте жительства заявителя.

Межведомственный запрос направляется в форме электронного документа с использованием единой системы межведомственного электронного взаимодействия и подключаемых к ней региональных систем межведомственного электронного взаимодействия.

Заявление и документы, указанные в пункте 5 настоящего порядка, МФЦ передает в ГКУ.

7. ГКУ рассматривает заявление и документы, установленные пунктом 5 настоящего порядка, в течение 15 рабочих дней со дня приема заявления с документами и принимает решение о назначении и выплате Компенсации или об отказе в назначении и выплате Компенсации.

8. В случае отказа в назначении и выплате Компенсации ГКУ в течение 5 рабочих дней со дня вынесения решения об отказе в назначении и выплате Компенсации извещает об этом заявителя либо его законного представителя (представителя заявителя) соответствующим уведомлением согласно приложению 2 к настоящему порядку, которое направляется посредством почтовой связи, с указанием причин отказа в назначении и выплате Компенсации.

9. ГКУ отказывает в назначении и выплате Компенсации в следующих случаях:

- 1) если заявитель не относится к категории лиц, установленных пунктом 2 настоящего порядка;
- 2) в случае установления факта представления недостоверных сведений;
- 3) в случае представления документов, состав, форма или содержание

которых не соответствуют требованиям законодательства и настоящего порядка.

Заявитель имеет право повторного обращения в ГКУ либо в МФЦ с полным комплектом документов, указанным в пункте 5 настоящего порядка.

10. В случае принятия решения о назначении и выплате Компенсации ГКУ осуществляет выплату Компенсации не позднее чем через 30 дней со дня обращения заявителя либо его законного представителя (представителя заявителя) со всеми необходимыми документами, установленными настоящим порядком.

11. Компенсация выплачивается через предприятия почтовой связи или кредитные организации, с которыми ГКУ заключают соответствующие договоры.

12. ГКУ ежемесячно направляют в Министерство социальной защиты населения Тверской области заявки о потребности в расходах на предоставление выплаты Компенсации.

13. Выплата Компенсации производится за счет средств областного бюджета Тверской области в пределах бюджетных ассигнований, предусмотренных на указанные цели в текущем финансовом году законом Тверской области об областном бюджете Тверской области на соответствующий финансовый год и плановый период.

14. Отчеты о расходовании средств, направленных на финансовое обеспечение расходов по реализации настоящего порядка, представляются:

1) ГКУ в Министерство социальной защиты населения Тверской области ежемесячно до 5 числа месяца, следующего за отчетным месяцем;

2) Министерством социальной защиты населения Тверской области в Министерство финансов Тверской области до 15 числа месяца, следующего за отчетным месяцем.

Приложение 1  
к Порядку предоставления  
компенсации инвалидам затрат  
на приобретение комплектующих  
и элементов питания к системе  
кохlearной имплантации

Заявление о предоставлении компенсации затрат на приобретение  
комплектующих и элементов питания к системе  
кохlearной имплантации

В \_\_\_\_\_  
(наименование учреждения социальной защиты населения)

1. \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) – инвалида, возраст)

\_\_\_\_\_ (гражданство)

2. Телефон: \_\_\_\_\_

3. Адрес места жительства инвалида:

\_\_\_\_\_ (указывается адрес регистрации по месту жительства)

Наименование предоставленного документа, удостоверяющего инвалида		Дата выдачи	
Серия и номер документа		Дата рождения	
Кем выдан			

4. Сведения о законном представителе заявителя (представителе заявителя):

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии))

\_\_\_\_\_ (указывается адрес регистрации по месту жительства)

5. Телефон: \_\_\_\_\_

Наименование документа, удостоверяющего		Дата выдачи	
---	--	-------------	--

личность законного представителя заявителя (представителя заявителя)			
Серия и номер документа			
Кем выдан			
Наименование документа, подтверждающего полномочия законного представителя заявителя (представителя заявителя)			
Номер документа		Дата выдачи	
Кем выдан			

6. Прошу выплатить компенсацию затрат на приобретение комплектующих и элементов питания к системе кохлеарной имплантации в размере \_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_\_ коп.  
(\_\_\_\_\_).

(прописью)

7. Денежные средства прошу перечислить \_\_\_\_\_

(почтовым переводом либо на личный счет, открытый в кредитной организации (с указанием реквизитов счета))

8. К заявлению прилагаю следующие документы:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_

Об ответственности за достоверность представленных сведений предупрежден (а).

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», Федеральным законом от 27.07.2010 № 210-ФЗ

«Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг»  
я даю согласие на обработку персональных данных.

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись заявителя либо его законного представителя (представителя заявителя))

Данное согласие действует с момента подачи настоящего заявления.

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам.

\_\_\_\_\_  
(дата приема заявления)

\_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество, подпись специалиста, принявшего документы)

-----  
(линия отреза)

### РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ

О принятии заявления о предоставлении компенсации затрат на приобретение комплектующих и элементов питания к системе кохлеарной имплантации

в размере \_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_\_ коп.

(\_\_\_\_\_).

(прописью)

и документов от гражданина

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя либо его законного представителя (представителя заявителя))

в интересах

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя (указываются данные инвалида))

Принял:

\_\_\_\_\_  
(дата приема заявления)

\_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество, подпись специалиста, принявшего документы)

Приложение 2  
к Порядку предоставления  
компенсации инвалидам затрат  
на приобретение комплектующих  
и элементов питания к системе  
кохlearной имплантации

Уведомление

об отказе в назначении и выплате компенсации инвалидам затрат  
на приобретение комплектующих и элементов питания к системе  
кохlearной имплантации

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

№ \_\_\_\_\_

Уважаемая(ый)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Государственным казенным учреждением Тверской области «Центр  
социальной поддержки населения» \_\_\_\_\_

(указать город, район)

рассмотрено Ваше заявление о предоставлении компенсации затрат на  
приобретение комплектующих и элементов питания к системе кохlearной  
имплантации и приложенные к нему документы.

По результатам рассмотрения всех представленных документов  
вынесено решение от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_ об отказе  
в назначении и выплате компенсации инвалидам затрат на приобретение  
комплектующих и элементов питания к системе кохlearной имплантации  
по следующим основаниям:

\_\_\_\_\_  
(указать основания отказа)

Уполномоченное должностное лицо  
государственного казенного учреждения  
Тверской области «Центр социальной  
поддержки населения» \_\_\_\_\_

(указать город, район)

М.П.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)