



ПРАВИТЕЛЬСТВО САНКТ-ПЕТЕРБУРГА
КОМИТЕТ ПО СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКЕ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА
РАСПОРЯЖЕНИЕ

окуд

12.05.2020

№ 252-п

**О внесении изменений
в распоряжение Комитета по
социальной политике
Санкт-Петербурга
от 29.04.2020 № 245-р**

1. Внести в распоряжение Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга от 29.04.2020 № 245-р «О реализации пункта 2 постановления Правительства Санкт-Петербурга от 28.04.2020 № 247» следующие изменения:

1.1. Изложить пункт 1.1 распоряжения в следующей редакции:

«1.1. Форму заявления о предоставлении единовременной выплаты заболевшим коронавирусной инфекцией согласно приложению № 1».

1.2. Дополнить распоряжение пунктом 1.3 следующего содержания:

«1.3. Форму заявления о предоставлении единовременной выплаты в связи с установлением инвалидности вследствие заражения коронавирусной инфекцией, а также смертью члена семьи в связи с заражением коронавирусной инфекцией согласно приложению № 3».

1.3. Дополнить распоряжение приложением № 3, изложив его в редакции согласно приложению № 1 к настоящему распоряжению.

1.4. Приложение № 1 к распоряжению изложить в редакции согласно приложению № 2 к настоящему распоряжению.

2. Контроль за выполнением распоряжения остается за председателем Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга.

**Председатель Комитета
по социальной политике
Санкт-Петербурга**

А.Н. Ржаненков

В _____
(наименование администрации района Санкт-Петербурга, либо
Комитет по социальной политике Санкт-Петербурга)
от _____
(фамилия, имя, отчество¹)
дата рождения _____
адрес регистрации по месту жительства (пребывания,
фактического места проживания) в Российской Федерации:

номер телефона _____
паспорт: серия _____ № _____
дата выдачи _____
кем выдан _____
адрес эл. почты (при наличии) _____
СНИЛС _____

ЗАЯВЛЕНИЕ
о предоставлении единовременной выплаты

В соответствии с постановлением Правительства Санкт-Петербурга от 28.04.2020 № 247 «О порядке и условиях предоставления дополнительных мер социальной поддержки в виде единовременных выплат медицинским работникам государственных учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга, пострадавшим вследствие оказания помощи пациентам, заболевшим новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), а также членам семей указанных работников» прошу предоставить единовременную выплату в связи с:

- установлением инвалидности вследствие заражения коронавирусной инфекцией;
- смертью члена семьи _____

(ФИО умершего, родство, свойство)

в связи с заражением коронавирусной инфекцией.

Прошу перечислить единовременную денежную выплату

(реквизиты банка и номер лицевого счета, либо номер отделения почтовой связи)

Дата	подпись заявителя (представителя заявителя)	расшифровка подписи
Заверяю ²	_____	Главный врач медицинского учреждения (расшифровка подписи)

¹ Отчество указывается при его наличии.

² В случае представления заявления через представителя заявителя (работодателя), заявление заверяется подписью работодателя с проставлением печати. Приложение документов, указанных в пункте 2, не требуется.

Приложение № 2
к распоряжению Комитета
по социальной политике
Санкт-Петербурга
от 12.05.2020 № 2.52-п

В _____
(наименование администрации района Санкт-Петербурга,
либо Комитет по социальной политике Санкт-Петербурга)
от _____
(фамилия, имя, отчество¹)
дата рождения _____
адрес регистрации по месту жительства (пребывания,
фактического места проживания) в Российской Федерации:

номер телефона _____
паспорт: серия _____ № _____
дата выдачи _____
кем выдан _____
адрес эл.почты (при наличии) _____
СНИЛС _____

ЗАЯВЛЕНИЕ
о предоставлении единовременной выплаты

В соответствии с постановлением Правительства Санкт-Петербурга от 28.04.2020 № 247 «О порядке и условиях предоставления дополнительных мер социальной поддержки в виде единовременных выплат медицинским работникам государственных учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга, пострадавшим вследствие оказания помощи пациентам, заболевшим новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), а также членам семей указанных работников» прошу предоставить единовременную выплату в связи с заражением коронавирусной инфекцией;

Прошу перечислить единовременную денежную выплату

(реквизиты банка и номер лицевого счета, либо номер отделения почтовой связи)

Дата

подпись заявителя
(представителя заявителя)

расшифровка подписи

Заверяю²

Главный врач медицинского учреждения
(расшифровка подписи)

¹ Отчество указывается при его наличии.

² В случае представления заявления через представителя заявителя (работодателя), заявление заверяется подписью работодателя с проставлением печати. Приложение документов, указанных в пункте 2, не требуется.