



Аппарат Губернатора
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
Управление государственной регистрации
нормативных правовых актов
Внесен в государственный реестр нормативных
правовых актов исполнительных органов
государственной власти
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
За № 6280 от «08» 08 2022 г.

**ДЕПАРТАМЕНТ СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ
(ДЕПСОЦРАЗВИТИЯ ЮГРЫ)**

ПРИКАЗ

О внесении изменений в приказ Департамента социального развития Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 8 июня 2020 года № 11-нп «Об утверждении правил предоставления сертификата на оплату социальных услуг»

г. Ханты-Мансийск
« 8 » августа 2022 г.

№ 30 -нп

В соответствии с постановлениями Правительства Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 27 ноября 2014 года № 458-п «О Департаменте социального развития Ханты-Мансийского автономного округа – Югры», от 21 февраля 2020 года № 34-п «О сертификате на оплату социальных услуг и признании утратившими силу некоторых постановлений Правительства Ханты-Мансийского автономного округа – Югры» **п р и к а з ы в а ю:**

1. Внести в приказ Департамента социального развития Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 8 июня 2020 года № 11-нп «Об утверждении правил предоставления сертификата на оплату социальных услуг» следующие изменения:

1.1. В преамбуле слова «подпунктом 24 пункта 2 статьи 26.3 Федерального закона от 6 октября 1999 года № 184-ФЗ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации»,» исключить.

1.2. В приложении 1:

1.2.1. В пункте 6:

1.2.1.1. Слова «в Управление» заменить словами «в казенное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Агентство социального благополучия населения» по месту жительства (месту пребывания) гражданина (далее – Агентство)»;

1.2.1.2. Дополнить абзацами шестым, седьмым следующего содержания:

«Агентство в течение 3 рабочих дней со дня получения заявления и документов, принимает решение о признании гражданина нуждающимся

в социальном обслуживании, о чем в течение 1 рабочего дня информирует Управление.

Управление в течение 1 рабочего дня со дня получения решения, принимает решение о предоставлении сертификата на услуги ночного пребывания.».

1.2.2. Приложение 3 к Правилам предоставления сертификата на оплату услуг по социальной реабилитации лиц без определенного места жительства, лиц, освободившихся из мест лишения свободы (услуги ночного пребывания) изложить в следующей редакции:

«Приложение 3
к Правилам предоставления сертификата
на оплату услуг по социальной реабилитации
лиц без определенного места жительства, лиц,
освободившихся из мест лишения свободы
(услуги ночного пребывания)

Начальнику отдела
социальных координаторов
казенного учреждения Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры «Агентство
социального благополучия населения»
(далее – Агентство) по

_____ (г., район)

_____ (Ф.И.О.)

от _____

_____ (Ф.И.О.)

паспорт _____

_____ (серия и номер)

_____ (кем и когда выдан)
проживающего (ей) по адресу _____

_____ (адрес регистрации)
телефон _____

Заявление

гражданина, нуждающегося в услугах по социальной
реабилитации лиц без определенного места жительства, лиц,
освободившихся из мест лишения свободы

Я, _____,

(ФИО заявителя)

прошу Вас предоставить мне сертификат на осуществление оплаты услуг ночного пребывания, оказываемых лицам без определенного места жительства, лицам, освободившимся из мест лишения свободы в размере _____ рублей (сумма

прописью) за 60 календарных дней обслуживания с учетом налога на доходы с физических лиц (налога на прибыль организации).

Решение комиссии при Агентстве о признании гражданина нуждающимся в социальном обслуживании – протокол от «__» _____ 20__ г. № _____

Сообщаю об отсутствии:

жилого помещения, принадлежащего на праве собственности или занимаемого гражданином на основании договора найма жилого помещения государственного или муниципального жилищного фонда в Российской Федерации;

нуждаемости в постоянном постороннем уходе;

полной утраты способности к самообслуживанию и передвижению;

активных форм туберкулеза, карантинных инфекционных заболеваний, заразных заболеваний кожи, ногтей и волос, венерических заболеваний, тяжелых психических расстройств, представляющих непосредственную опасность для гражданина или окружающих и требующих лечения в медицинских организациях.

Сертификат на оплату услуг ночного пребывания, оказываемых лицам без определенного места жительства, лицам, освободившимся из мест лишения свободы, в текущем году предоставлялся/не предоставлялся (нужное подчеркнуть).

Дополнительные сведения о родственниках _____

Я, нижеподписавшийся (аяся) _____, подтверждаю, что вся представленная информация является достоверной и точной. Обязуюсь своевременно, в течение 5 календарных дней, сообщить обо всех обстоятельствах, влекущих прекращение права на получение сертификата.

Я несу ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации за предоставление заведомо ложных или неполных сведений, которые могут послужить поводом для прекращения договора на оказание услуг.

Выражаю согласие на обработку моих персональных данных, в том числе в информационных системах. Согласие дается на период до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации.

С условиями действия сертификата ознакомлен (а)

«__» _____ 20__ г.

(подпись заявителя)

Заявление принято

«__» _____ 20__ г.

(подпись специалиста Агентства)

».

1.3. В приложении 2:

1.3.1. В пункте 6:

1.3.1.1. Слова «в Управление» заменить словами «в казенное

учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Агентство социального благополучия населения» по месту жительства (месту пребывания) гражданина (далее – Агентство));

1.3.1.2. Дополнить абзацами восьмым, девятым следующего содержания:

«Агентство в течение 3 рабочих дней со дня получения заявления и документов, принимает решение о признании гражданина нуждающимся в социальном обслуживании, о чем в течение 1 рабочего дня информирует Управление.

Управление в течение 1 рабочего дня со дня получения решения, принимает решение о предоставлении сертификата на оказание помощи.».

1.3.2. Приложение 3 к Правилам предоставления сертификата на оплату услуг по оказанию помощи гражданину, пострадавшему от насилия изложить в следующей редакции:

«Приложение 3
к Правилам предоставления сертификата
на оплату услуг по оказанию помощи
гражданину, пострадавшему от насилия

Начальнику отдела социальных координаторов
казенного учреждения Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры «Агентство
социального благополучия населения»
(далее – Агентство) по

(г., район)

(Ф.И.О.)

от _____

(Ф.И.О.)

паспорт _____

(серия и номер)

(кем и когда выдан)

проживающего (ей) по адресу _____

(адрес регистрации)

телефон _____

Заявление
гражданина, нуждающегося в услугах по оказанию помощи
гражданам, пострадавшим от насилия

Я, _____,
(ФИО заявителя)

прошу Вас предоставить мне сертификат на осуществление оплаты услуг по оказанию помощи гражданам, пострадавшим от насилия в размере _____ рублей (сумма прописью) за 60 календарных дней обслуживания с учетом налога на доходы с физических лиц (налога на прибыль организации).

Решение комиссии при Агентстве о признании гражданина нуждающимся в социальном обслуживании – протокол от «__» _____ 20__ г. № _____

Сообщаю об отсутствии:

нуждаемости в постоянном постороннем уходе;

полной утраты способности к самообслуживанию и передвижению;

активных форм туберкулеза, карантинных инфекционных заболеваний, заразных заболеваний кожи, ногтей и волос, венерических заболеваний, тяжелых психических расстройств, представляющих непосредственную опасность для гражданина или окружающих и требующих лечения в медицинских организациях.

Сертификат на оплату услуг по оказанию помощи гражданам, пострадавшим от насилия, в текущем году предоставлялся/не предоставлялся (нужное подчеркнуть).

Дополнительные сведения о родственниках _____

Я, нижеподписавшийся (аяся) _____, подтверждаю, что вся представленная информация является достоверной и точной. Обязуюсь своевременно, в течение 5 календарных дней, сообщить обо всех обстоятельствах, влекущих прекращение права на получение сертификата.

Я несу ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации за предоставление заведомо ложных или неполных сведений, которые могут послужить поводом для прекращения договора на оказание услуг.

Выражаю согласие на обработку моих персональных данных, в том числе в информационных системах. Согласие дается на период до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации.

С условиями действия сертификата ознакомлен (а)

«__» _____ 20__ г.

(подпись заявителя)

Заявление принято

«__» _____ 20__ г.

(подпись специалиста Агентства)

».

1.4. В приложении 3:

1.4.1. В пункте 6:

1.4.1.1. Слова «в Управление» заменить словами «в казенное

учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Агентство социального благополучия населения» по месту жительства (месту пребывания) гражданина (далее – Агентство)»;

1.4.1.2. Дополнить абзацами шестым, седьмым следующего содержания:

«Агентство в течение 3 рабочих дней со дня получения заявления и документов, принимает решение о признании гражданина нуждающимся в социальном обслуживании, о чем в течение 1 рабочего дня информирует Управление.

Управление в течение 1 рабочего дня со дня получения решения, принимает решение о предоставлении сертификата по социальной реабилитации и ресоциализации».

1.4.2. Приложение 3 к Правилам предоставления сертификата на оплату услуг по социальной реабилитации и ресоциализации гражданам, страдающим наркологическими заболеваниями изложить в следующей редакции:

«Приложение 3
к Правилам предоставления сертификата
на оплату услуг по социальной реабилитации
и ресоциализации граждан, страдающих
наркологическими заболеваниями

Начальнику отдела социальных координаторов
казенного учреждения Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры «Агентство
социального благополучия населения»
(далее – Агентство) по

_____ (г., район)

_____ (Ф.И.О.)

от _____

_____ (Ф.И.О.)

паспорт _____

_____ (серия и номер)

_____ (кем и когда выдан)

проживающего (ей) по адресу _____

_____ (адрес регистрации)

телефон _____

Заявление
гражданина, нуждающегося в услугах по социальной
реабилитации и ресоциализации

Я, _____,
(ФИО заявителя)

прошу Вас предоставить мне сертификат на осуществление оплаты услуг по социальной реабилитации и ресоциализации граждан, страдающих наркологическими заболеваниями, в размере _____ рублей (сумма прописью) за курс обслуживания с учетом налога на доходы с физических лиц (налога на прибыль организации).

Решение комиссии при Агентстве о признании гражданина нуждающимся в социальном обслуживании – протокол от «__» _____ 20__ г. № _____

Сообщаю об отсутствии:

медицинских противопоказаний (активные формы туберкулеза, карантинные инфекционные заболевания, заразные заболевания кожи, ногтей и волос, венерические заболевания, тяжелые психические расстройства, представляющие непосредственную опасность для гражданина или окружающих и требующие лечения в специализированных медицинских организациях).

Сертификат на оплату услуг по социальной реабилитации и ресоциализации в текущем году предоставлялся/не предоставлялся (нужное подчеркнуть).

Дополнительные сведения о родственниках _____

Я, нижеподписавшийся (аяся) _____, подтверждаю, что вся представленная информация является достоверной и точной. Обязуюсь своевременно, в течение 5 календарных дней, сообщить обо всех обстоятельствах, влекущих прекращение права на получение сертификата.

Я несу ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации за предоставление заведомо ложных или неполных сведений, которые могут послужить поводом для прекращения договора на оказание услуг.

Выражаю согласие на обработку моих персональных данных, в том числе в информационных системах. Согласие дается на период до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации.

С условиями действия сертификата ознакомлен (а)

«__» _____ 20__ г.

(подпись заявителя)

Заявление принято

«__» _____ 20__ г.

(подпись специалиста Агентства)

».

1.5. В приложении 4:

1.5.1. В пункте 6:

1.5.1.1. Слова «в Управление» заменить словами «в казенное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Агентство

социального благополучия населения» по месту жительства (месту пребывания) гражданина (далее – Агентство));

1.5.1.2. Дополнить абзацами пятым, шестым следующего содержания:

«Агентство в течение 3 рабочих дней со дня получения заявления и документов, принимает решение о признании гражданина нуждающимся в социальном обслуживании, о чем в течение 1 рабочего дня информирует Управление.

Управление в течение 1 рабочего дня со дня получения решения, принимает решение о предоставлении сертификата по повышению финансовой грамотности».

1.5.2. Приложение 3 к Правилам предоставления сертификата на оплату услуг по повышению финансовой грамотности изложить в следующей редакции:

«Приложение 3
к Правилам предоставления сертификата
на оплату услуг по повышению
финансовой грамотности

Начальнику отдела социальных координаторов
казенного учреждения Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры «Агентство
социального благополучия населения»
(далее – Агентство) по

_____ (г., район)

_____ (Ф.И.О.)

от _____

_____ (Ф.И.О.)

паспорт _____

_____ (серия и номер)

_____ (кем и когда выдан)

проживающего (ей) по адресу _____

_____ (адрес регистрации)

телефон _____

Заявление

гражданина, нуждающегося в услугах по повышению
финансовой грамотности

Я, _____,

(ФИО заявителя)

прошу Вас предоставить мне сертификат на осуществление оплаты услуг по повышению финансовой грамотности в размере _____ рублей

(сумма прописью) за 1 курс (в объеме 10 часов) с учетом налога на доходы с физических лиц (налога на прибыль организации).

Решение комиссии при Агентстве о признании гражданина нуждающимся в социальном обслуживании – протокол от «__» _____ 20__ г. № _____

Сообщаю, что по независящим причинам имею среднедушевой доход ниже величины прожиточного минимума, установленного нормативным правовым актом Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, и являюсь получателем (нужное отметить):

государственной социальной помощи в соответствии с Законом Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 24 декабря 2007 года № 197-оз «О государственной социальной помощи и дополнительных мерах социальной помощи населению Ханты-Мансийского автономного округа – Югры»;

ежемесячного пособия на каждого рожденного, усыновленного, принятого под опеку (попечительство) ребенка в возрасте от трех до семи лет включительно, в соответствии с Законом Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 7 июля 2004 года № 45-оз «О поддержке семьи, материнства, отцовства и детства в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре».

Сертификат на оплату услуг по повышению финансовой грамотности в текущем году предоставлялся/не предоставлялся (нужное подчеркнуть).

Дополнительные сведения о родственниках _____

Я, нижеподписавшийся (аяся) _____, подтверждаю, что вся представленная информация является достоверной и точной. Обязуюсь своевременно, в течение 5 календарных дней, сообщить обо всех обстоятельствах, влекущих прекращение права на получение сертификата.

Я несу ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации за предоставление заведомо ложных или неполных сведений, которые могут послужить поводом для прекращения договора на оказание услуг.

Выражаю согласие на обработку моих персональных данных, в том числе в информационных системах. Согласие дается на период до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации.

С условиями действия сертификата ознакомлен (а)

« _____ » _____ 20__ г.

(подпись заявителя)

Заявление принято

« _____ » _____ 20__ г.

(подпись специалиста Агентства)

».

1.6. В приложении 8:

1.6.1. В пункте 6:

1.6.1.1. Слова «в Управление» заменить словами «в казенное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Агентство социального благополучия населения» по месту жительства (месту пребывания) гражданина (далее – Агентство)»;

1.6.1.2. Дополнить абзацами пятым, шестым следующего содержания:

«Агентство в течение 3 рабочих дней со дня получения заявления и документов, принимает решение о признании гражданина нуждающимся в социальном обслуживании, о чем в течение 1 рабочего дня информирует Управление.

Управление в течение 1 рабочего дня со дня получения решения, принимает решение о предоставлении сертификата «Академия родителей»».

1.6.2. Приложение 3 к Правилам предоставления сертификата на оплату услуг по повышению родительских компетенций изложить в следующей редакции:

«Приложение 3
к Правилам предоставления сертификата
на оплату услуг по повышению
родительских компетенций «Академия родителей»

Начальнику отдела социальных координаторов
казенного учреждения Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры «Агентство
социального благополучия населения»
(далее – Агентство) по

_____ (г., район)

_____ (Ф.И.О.)

от _____

_____ (Ф.И.О.)

паспорт _____

_____ (серия и номер)

_____ (кем и когда выдан)

проживающего (ей) по адресу _____

_____ (адрес регистрации)

телефон _____

Заявление
гражданина, нуждающегося в услугах
по повышению родительских компетенций «Академия родителей»

Я, _____,
(ФИО заявителя)

прошу Вас предоставить мне сертификат на осуществление оплаты услуг по повышению родительских компетенций «Академия родителей» (в размере _____ рублей (сумма прописью) с учетом налога на доходы с физических лиц (налога на прибыль организации).

Решение комиссии при Агентстве о признании гражданина нуждающимся в социальном обслуживании – протокол от «__» _____ 20__ г. № _____

Сообщаю, что не являюсь недееспособным (ограниченно дееспособным).

Сертификат на оплату услуг по повышению родительских компетенций «Академия Родителей» (в текущем году предоставлялся/не предоставлялся (нужное подчеркнуть).

Дополнительные сведения о родственниках _____

Я, нижеподписавшийся (аяся) _____, подтверждаю, что вся представленная информация является достоверной и точной. Обязуюсь своевременно, в течение 5 календарных дней, сообщить обо всех обстоятельствах, влекущих прекращение права на получение сертификата.

Я несу ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации за предоставление заведомо ложных или неполных сведений, которые могут послужить поводом для прекращения договора на оказание услуг.

Выражаю согласие на обработку моих персональных данных, в том числе в информационных системах. Согласие дается на период до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации.

С условиями действия сертификата ознакомлен (а)

«__» _____ 20__ г.

(подпись заявителя)

Заявление принято

«__» _____ 20__ г.

(подпись специалиста Агентства)

».

1.7. В приложении 9:

1.7.1. В пункте 6:

1.7.1.1. Слова «в Управление» заменить словами «в казенное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Агентство социального благополучия населения» по месту жительства (месту пребывания) гражданина (далее – Агентство)»;

1.7.1.2. Дополнить абзацами пятым, шестым следующего содержания:

«Агентство в течение 3 рабочих дней со дня получения заявления и документов, принимает решение о признании гражданина нуждающимся в

социальном обслуживании, о чем в течение 1 рабочего дня информирует Управление.

Управление в течение 1 рабочего дня со дня получения решения, принимает решение о предоставлении сертификата по оказанию социально-психологической помощи приемным семьям.»

1.7.2. Приложение 3 к Правилам предоставления сертификата на оплату услуг по оказанию социально-психологической помощи семьям опекунов, попечителей, приемных родителей, усыновителей изложить в следующей редакции:

«Приложение 3
к Правилам предоставления сертификата
на оплату услуг по оказанию
социально-психологической помощи семьям опекунов,
попечителей, приемных родителей, усыновителей

Начальнику отдела социальных координаторов
казенного учреждения Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры «Агентство
социального благополучия населения»
(далее – Агентство) по

_____ (г., район)

_____ (Ф.И.О.)

от _____

_____ (Ф.И.О.)

паспорт _____

_____ (серия и номер)

_____ (кем и когда выдан)

проживающего (ей) по адресу _____

_____ (адрес регистрации)

телефон _____

Заявление

гражданина, нуждающегося в услугах по оказанию
социально-психологической помощи семьям опекунов,
попечителей, приемных родителей, усыновителей

Я, _____,
(ФИО заявителя)

прошу Вас предоставить мне сертификат на осуществление оплаты услуг по оказанию социально-психологической помощи семьям опекунов, попечителей, приемных родителей, усыновителей в размере _____ рублей (сумма прописью) с учетом налога на доходы с физических лиц (налога на прибыль организации).

Решение комиссии при Агентстве о признании гражданина нуждающимся

в социальном обслуживании – протокол от «__» _____ 20__ г. № _____

Сообщаю, что не являюсь недееспособным (ограниченно дееспособным).

Сертификат на оплату услуг по оказанию социально-психологической помощи семьям опекунов, попечителей, приемных родителей, усыновителей, в текущем году предоставлялся/не предоставлялся (нужное подчеркнуть).

Дополнительные сведения о родственниках _____

Я, нижеподписавшийся (аяся) _____, подтверждаю, что вся представленная информация является достоверной и точной. Обязуюсь своевременно, в течение 5 календарных дней, сообщить обо всех обстоятельствах, влекущих прекращение права на получение сертификата.

Я несу ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации за предоставление заведомо ложных или неполных сведений, которые могут послужить поводом для прекращения договора на оказание услуг.

Выражаю согласие на обработку моих персональных данных, в том числе в информационных системах. Согласие дается на период до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации.

С условиями действия сертификата ознакомлен (а)

«__» _____ 20__ г.

(подпись заявителя)

Заявление принято

«__» _____ 20__ г.

(подпись специалиста Агентства)

».

1.8. В приложении 11:

1.8.1. В пункте 6:

1.8.1.1. Слова «в Управление» заменить словами «в казенное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Агентство социального благополучия населения» по месту жительства (месту пребывания) гражданина (далее – Агентство)»;

1.8.1.2. Дополнить абзацами шестым, седьмым следующего содержания:

«Агентство в течение 3 рабочих дней со дня получения заявления и документов, принимает решение о признании гражданина нуждающимся в социальном обслуживании, о чем в течение 1 рабочего дня информирует Управление.

Управление в течение 1 рабочего дня со дня получения решения, принимает решение о предоставлении сертификата «Буду мамой».».

1.8.2. Приложение 3 к Правилам предоставления сертификата

на оплату услуг по оказанию помощи беременным женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, «Буду мамой» изложить в следующей редакции:

«Приложение 3
к Правилам предоставления сертификата
на оплату услуг по оказанию помощи беременным женщинам,
оказавшимся в трудной жизненной ситуации, «Буду мамой»

Начальнику отдела социальных координаторов
казенного учреждения Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры «Агентство
социального благополучия населения»
(далее – Агентство) по

_____ (г., район)

_____ (Ф.И.О.)

от _____

_____ (Ф.И.О.)

паспорт _____

_____ (серия и номер)

_____ (кем и когда выдан)

проживающего (ей) по адресу _____

_____ (адрес регистрации)

телефон _____

Заявление

гражданина, нуждающегося в услугах по оказанию помощи беременным
женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, «Буду мамой»

Я, _____,

(ФИО заявителя)

прошу Вас предоставить мне сертификат на осуществление оплаты услуг по оказанию помощи беременным женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, «Буду мамой» в размере _____ рублей (сумма прописью) с учетом налога на доходы с физических лиц (налога на прибыль организации).

Решение комиссии при Агентстве о признании гражданина нуждающимся в социальном обслуживании – протокол от «__» _____ 20__ г. № _____

Сообщаю, что не являюсь недееспособным (ограниченно дееспособным).

Сертификат на оплату услуг по оказанию помощи беременным женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, «Буду мамой» в текущем году предоставлялся/не предоставлялся (нужное подчеркнуть).

Дополнительные сведения о родственниках _____

Я, нижеподписавшийся (аяся) _____, подтверждаю, что вся представленная информация является достоверной и точной. Обязуюсь своевременно, в течение 5 календарных дней, сообщить обо всех обстоятельствах, влекущих прекращение права на получение сертификата.

Я несу ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации за предоставление заведомо ложных или неполных сведений, которые могут послужить поводом для прекращения договора на оказание услуг.

Выражаю согласие на обработку моих персональных данных, в том числе в информационных системах. Согласие дается на период до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации.

С условиями действия сертификата ознакомлен (а)

« _____ » _____ 20__ г.

(подпись заявителя)

Заявление принято

« _____ » _____ 20__ г.

(подпись специалиста Агентства)

».

1.9. В приложении 12:

1.9.1. В пункте 7:

1.9.1.1. Слова «в Управление» заменить словами «в казенное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Агентство социального благополучия населения» по месту жительства (месту пребывания) гражданина (далее – Агентство)»;

1.9.1.2. Дополнить абзацами шестым, седьмым следующего содержания:

«Агентство в течение 3 рабочих дней со дня получения заявления и документов, принимает решение о признании гражданина нуждающимся в социальном обслуживании, о чем в течение 1 рабочего дня информирует Управление.

Управление в течение 1 рабочего дня со дня получения решения, принимает решение о предоставлении сертификата по оказанию помощи семьям.».

1.9.2. Приложение 3 к Правилам предоставления сертификата на оплату услуг по оказанию помощи семьям для разрешения конфликтных ситуаций по технологии медиации изложить в следующей редакции:

«Приложение 3
к Правилам предоставления сертификата
на оплату услуг по оказанию помощи семьям

для разрешения конфликтных ситуаций
по технологии медиации

Начальнику отдела социальных координаторов
казенного учреждения Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры «Агентство
социального благополучия населения»
(далее – Агентство) по

_____ (г., район)

_____ (Ф.И.О.)

от _____

_____ (Ф.И.О.)

паспорт _____

_____ (серия и номер)

_____ (кем и когда выдан)

проживающего (ей) по адресу _____

_____ (адрес регистрации)

телефон _____

Заявление

гражданина, нуждающегося в услугах по оказанию помощи семьям
для разрешения конфликтных ситуаций по технологии медиации

Я, _____,

(ФИО заявителя)

прошу Вас предоставить мне сертификат на осуществление оплаты услуг по оказанию помощи семьям для разрешения конфликтных ситуаций по технологии медиации (в размере _____ рублей (сумма прописью) с учетом налога на доходы с физических лиц (налога на прибыль организации)).

Решение комиссии при Агентстве о признании гражданина нуждающимся в социальном обслуживании – протокол от «__» _____ 20__ г. № _____

Сертификат на оплату услуг по оказанию помощи семьям для разрешения конфликтных ситуаций по технологии медиации (в текущем году предоставлялся/ не предоставлялся (нужное подчеркнуть)).

Дополнительные сведения о родственниках _____

Я, нижеподписавшийся (аяся) _____, подтверждаю, что вся представленная информация является достоверной и точной. Обязуюсь своевременно, в течение 5 календарных дней, сообщить обо всех обстоятельствах, влекущих прекращение права на получение сертификата.

Я несу ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации за предоставление заведомо ложных или неполных сведений, которые могут послужить поводом для прекращения договора на оказание услуг.

Выражаю согласие на обработку моих персональных данных, в том числе в информационных системах. Согласие дается на период до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации.

С условиями действия сертификата ознакомлен (а)

« _____ » _____ 20__ г.

(подпись заявителя)

Заявление принято

« _____ » _____ 20__ г.

(подпись специалиста Агентства)

».

2. Настоящий приказ распространяет свое действие на правоотношения, возникшие с 1 августа 2022 года.

Директор Департамента



Т.А.Пономарева