



**ПРАВИТЕЛЬСТВО ЧУКОТСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА**  
**ПОСТАНОВЛЕНИЕ**

от 22 декабря 2023 года

№ 488

г. Анадырь

О внесении изменений в Постановление  
Правительства Чукотского автономного округа  
от 6 августа 2019 года № 395

В целях уточнения отдельных положений нормативного правового акта  
Чукотского автономного округа, Правительство Чукотского автономного  
округа

**ПОСТАНОВЛЯЕТ:**

1. Внести в Постановление Правительства Чукотского автономного  
округа от 6 августа 2019 года № 395 «Об утверждении Порядка бесплатного  
изготовления, ремонта и установки зубных протезов для отдельных  
категорий граждан в Чукотском автономном округе» следующие изменения:

1) пункт 5 изложить в следующей редакции:

«5. Контроль за исполнением настоящего постановления возложить на  
Департамент здравоохранения Чукотского автономного округа  
(Дроздова Е.А.) и Департамент социальной политики Чукотского  
автономного округа (Брянцева Л.Н.).»;

2) в приложении:

пункт 1.2 раздела 1 «Общие положения» дополнить подпунктами 6, 7  
следующего содержания:

«6) ветераны боевых действий;

7) участники специальной военной операции.»;

в разделе 2 «Бесплатное зубопротезирование в медицинских  
организациях Чукотского автономного округа»:

в пункте 2.2:

слова «подпунктах 1-3» заменить словами «подпунктах 1-3, 6, 7»;

дополнить подпунктами 5, 6 следующего содержания:

«5) для граждан, указанных в подпункте 6 пункта 1.2 раздела 1  
настоящего Порядка, дополнительно необходимо предъявить удостоверение  
Ветерана боевых действий;

б) для граждан, указанных в подпункте 7 пункта 1.2 раздела 1 настоящего Порядка, дополнительно необходимо предоставить справку об участии в специальной военной операции, выданную военным комиссариатом либо руководством войсковой части, в которой гражданин проходит военную службу, либо выписку из приказа о направлении военнослужащего для участия в специальной военной операции.»;

подпункт 3 пункта 2.3 изложить в следующей редакции:

«3) справку для получения бесплатного зубопротезирования в медицинских организациях округа (далее – справка), выданную филиалом Государственного казённого учреждения «Чукотский окружной комплексный Центр социального обслуживания населения» по месту жительства (далее соответственно – филиал ГКУ «ЧОКЦСОН», ГКУ «ЧОКЦСОН»), подтверждающую отнесение гражданина к категориям, указанным в подпунктах 4, 5 пункта 1.2 раздела 1 настоящего Порядка, а также соответствие требованиям к уровню доходов, установленных абзацем девятым пункта 1.2 раздела 1 настоящего Порядка, по форме согласно приложению 1 к настоящему Порядку.»;

в пункте 2.4 слово «ГБУ» заменить словом «ГКУ»;

в пункте 2.5 слово «ГБУ» заменить словом «ГКУ»;

в пункте 2.6 слово «ГБУ» заменить словом «ГКУ».

в разделе 3 «Бесплатное зубопротезирование в медицинских организациях за пределами Чукотского автономного округа»:

в пункте 3.2:

в абзаце первом слово «ГБУ» заменить словом «ГКУ»;

дополнить подпунктами 8, 9 следующего содержания:

«8) граждане из числа Ветеранов боевых действий дополнительно предоставляют удостоверение Ветерана боевых действий;

9) граждане из числа участников специальной военной операции дополнительно предоставляют справку об участии в специальной военной операции, выданную военным комиссариатом либо руководством войсковой части, в которой гражданин проходит военную службу, либо выписку из приказа о направлении военнослужащего для участия в специальной военной операции.»;

в пункте 3.3 слово «ГБУ» заменить словом «ГКУ»;

пункт 3.6 изложить в следующей редакции:

«3.6. Средства перечисляются гражданам в течение 15 рабочих дней со дня издания приказа директора ГКУ «ЧОКЦСОН» о предоставлении единовременной выплаты через кредитные организации.»;

пункт 3.7 изложить в следующей редакции:

«3.7. Финансовое обеспечение мероприятий, связанных с предоставлением бесплатного зубопротезирования в соответствии с настоящим разделом, осуществляется за счёт средств окружного бюджета.

Главным распорядителем средств окружного бюджета, предусмотренных на финансовое обеспечение мероприятий, связанных с

предоставлением бесплатного зубопротезирования, является Департамент социальной политики Чукотского автономного округа.

Получателем средств окружного бюджета на финансовое обеспечение мероприятий, связанных с предоставлением бесплатного зубопротезирования, является ГКУ «ЧОКЦСОН»;

в пункте 3.8 слова «учреждения федеральной почтовой связи и» исключить;

3) в форме Справки для получения бесплатного зубопротезирования в медицинских организациях округа приложения 1 слово «бюджетного» заменить словом «казённого»;

4) приложение 2 изложить в следующей редакции:

«Приложение 2  
к Порядку бесплатного изготовления, ремонта и  
установки зубных протезов для отдельных  
категорий граждан в Чукотском автономном округе

### **Информация о гражданах, которым оказаны работы по бесплатному зубопротезированию**

В \_\_\_\_\_  
(наименование медицинской организации)

за \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Наименование населённого пункта	Фамилия, имя, отчество гражданина	Дата рождения (ДД.ММ.ГГ)	Категория*	Вид выполненной работы

\* указать цифру от 1 до 7, где:

1 - ветераны Великой Отечественной войны, члены семей погибших (умерших) инвалидов и участников Великой Отечественной войны, бывшие несовершеннолетние узники концлагерей, гетто и других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период Второй мировой войны;

2 - граждане, рожденные в период с 9 мая 1927 года по 8 мая 1945 года («дети войны»);

3 - оленеводы, морзверобои, чумработницы, звероводы;

4 - граждане, относящиеся к коренным малочисленным народам Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации;

5 - неработающие граждане пожилого возраста (женщины старше 55 лет, мужчины старше 60 лет);

6 – ветераны боевых действий;

7 – участники специальной военной операции.

Руководитель медицинской  
организации

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (расшифровка)

М.П.»;

5) приложение 3 изложить в следующей редакции:

«Приложение 3  
к Порядку бесплатного изготовления, ремонта и  
установки зубных протезов для отдельных  
категорий граждан в Чукотском автономном округе

### Заявление о предоставлении единовременной выплаты на зубопротезирование

В филиал Государственного казённого  
учреждения «Чукотский окружной комплексный  
центр социального обслуживания населения»

от \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_ (адрес места проживания, телефон, e-mail)

Прошу предоставить мне единовременную компенсационную выплату на зубопротезирование в размере \_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_\_ коп.  
(сумма цифрами и прописью)

1. Сведения о документе, удостоверяющем личность

\_\_\_\_\_ (вид, серия, номер, кем и когда выдан)

Дата и место рождения \_\_\_\_\_

Сведения о месте жительства, месте пребывания, месте фактического проживания \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (почтовый индекс, наименование населенного пункта, улицы, номера дома, корпуса, квартиры)

Сведения о страховом свидетельстве обязательного пенсионного страхования (СНИЛС) \_\_\_\_\_

Категория получателя единовременной выплаты (отметить V):

ветераны Великой Отечественной войны, члены семей погибших (умерших) инвалидов и участников Великой Отечественной войны, бывшие несовершеннолетние узники концлагерей, гетто и других мест

принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период Второй мировой войны;

граждане, рожденные в период с 9 мая 1927 года по 8 мая 1945 года («дети войны»);

оленеводы, морзверобои, чумработницы, звероводы;

граждане, относящиеся к коренным малочисленным народам Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации;

неработающие граждане пожилого возраста (женщины старше 55 лет, мужчины старше 60 лет);

ветераны боевых действий;

участники специальной военной операции.

Контактный телефон (мобильный, домашний) \_\_\_\_\_.

2. Сведения о трудовой деятельности (прекращении трудовой деятельности) \_\_\_\_\_

3. Сведения о совокупном доходе (заполнить при необходимости) \_\_\_\_\_

4. Сведения о документе, подтверждающем принадлежность к коренным малочисленным народам Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации (заполнить при необходимости)

\_\_\_\_\_  
(свидетельство о рождении или справка, выданная общиной малочисленных народов Севера)

5. Сведения о реквизитах счета, открытого в кредитной организации:

\_\_\_\_\_  
(наименование кредитной организации, номер отделения, номер лицевого счета)

6. К заявлению прилагаю следующие документы:

\_\_\_\_\_  
Об ответственности за предоставление неполных или недостоверных сведений предупрежден (а).

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись заявителя)

\_\_\_\_\_  
расшифровка подписи

7. Согласие на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

проживающий (ая) по адресу:

\_\_\_\_\_, настоящим даю свое согласие на обработку в Государственном казённом учреждении «Чукотский окружной комплексный центр социального обслуживания населения» моих персональных данных, указанных в настоящем заявлении, и подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую своей волей и в своих интересах. Согласие дается мною для цели получения единовременной выплаты на зубопротезирование.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанной цели, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение, трансграничную передачу персональных данных, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными с учетом законодательства Российской Федерации.

Данное согласие действует с момента его подписания мной до отзыва его моим письменным заявлением.

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество и подпись лица, давшего согласие)

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным заявителем документам.

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись специалиста учреждения)

\_\_\_\_\_  
расшифровка подписи

**Расписка**

от \_\_\_\_\_  
(Фамилия, Имя, Отчество)

принято заявление и следующие документы:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Регистрационный номер заявления \_\_\_\_\_

Номер контактного телефона специалиста учреждения \_\_\_\_\_

Дата приема заявления « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись специалиста)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. специалиста)

»;

б) в форме Заявления о предоставлении справки для получения бесплатного зубопротезирования в медицинских организациях округа приложения 4 слово «бюджетное» в соответствующем падеже заменить словом «казённое» в соответствующем падеже.

2. Контроль за исполнением настоящего постановления возложить на Департамент социальной политики Чукотского автономного округа (Брянцева Л.Н.) и Департамент здравоохранения Чукотского автономного округа (Дроздова Е.А.).

Председатель Правительства



В.Г. Кузнецов