

**ДЕПАРТАМЕНТ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ
ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ**

ПРИКАЗ

г. Вологда

От 08.07.2018 № 916

О внесении изменений в приказ
Департамента социальной защиты
населения Вологодской области
от 2 ноября 2016 года № 1303

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести в приказ Департамента социальной защиты населения области от 2 ноября 2016 года № 1303 «Об утверждении административного регламента предоставления государственной услуги по предоставлению компенсации транспортных расходов малоимущим беременным женщинам, направляемым для диспансеризации, консультации, лечения и родов в медицинские организации» следующие изменения:

1.1. в наименовании после слова «диспансеризации,» дополнить словами «пренатальной диагностики,»;

1.2. в пункте 1 после слова «диспансеризации,» дополнить словами «пренатальной диагностики,»;

1.3. в административном регламенте предоставления государственной услуги по предоставлению компенсации транспортных расходов малоимущим беременным женщинам, направляемым для диспансеризации, консультации, лечения и родов в медицинские организации (приложение), утвержденном указанным приказом:

в наименовании после слова «диспансеризации,» дополнить словами «пренатальной диагностики,»;

в пункте 1.1 после слова «диспансеризации,» дополнить словами «пренатальной диагностики,»;

абзац первый пункта 1.2 изложить в следующей редакции:

«1.2. Государственная услуга предоставляется малоимущим беременным женщинам, направляемым медицинскими организациями области, участвующими в реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Вологодской области (далее - медицинские организации), в медицинские организации для диспансеризации, пренатальной диагностики, консультации, лечения и родов (далее - заявители).»;

в пункте 2.1 после слова «диспансеризации,» дополнить словами «пренатальной диагностики,»;

в абзаце четвертом пункта 2.8 после слова «диспансеризации,» дополнить словами «пренатальной диагностики,»;

в пункте 2.9:

абзац третий дополнить словами «, - в случае направления заявления по почте»;

абзац четвертый изложить в следующей редакции:

«в) выписку из диспансерной книжки беременной женщины с отметкой о направлении на диспансеризацию, пренатальную диагностику, консультацию, лечение и роды или справку медицинской организации, подтверждающую факт направления;»;

в абзаце шестом слова «(на железнодорожном, водном, автомобильном транспорте междугородных, межрайонных, внутрирайонных и пригородных маршрутов)» исключить;

в абзаце седьмом слова «транспортного предприятия, услугами которого она воспользовалась, о стоимости проезда на дату поездки от ее места жительства до медицинской организации и обратно» заменить словами «перевозчика, услугами которого она воспользовалась, о стоимости проезда на дату поездки»;

в пункте 2.10:

в подпункте «б» слова «в подпунктах «б»» заменить словами «в подпунктах «в»»;

подпункт «в» дополнить словами «, - в случае направления заявления представителем заявителя по почте»;

в пункте 2.15:

абзац четвертый изложить в следующей редакции:

«в) копия свидетельства о рождении на каждого ребенка, выданного органами записи актов гражданского состояния;»;

абзац девятый изложить в следующей редакции:

«д) копия военного билета - в случае если член семьи заявителя проходил военную службу по призыву в период, указанный в подпункте «г» настоящего пункта.»;

в пункте 2.22:

подпункт «г» изложить в следующей редакции:

«г) выдача справок, заключений и иных документов организациями, входящими в государственную, муниципальную или частную систему здравоохранения, а именно: выписки из диспансерной книжки беременной женщины с отметкой о направлении на диспансеризацию, пренатальную диагностику, консультацию, лечение и роды или справки медицинской организации, подтверждающей факт направления;»;

в подпункте «д» слова «транспортного предприятия, услугами которого женщина воспользовалась, о стоимости проезда на дату поездки от ее места жительства до медицинской организации и обратно» заменить словами «перевозчика, услугами которого она воспользовалась, о стоимости проезда на дату поездки»;

абзац первый пункта 3.10 изложить в следующей редакции:

«3.10. В случае непредставления заявителем (представителем заявителя) в казенное учреждение (МФЦ) документов, предусмотренных

пунктом 2.15 настоящего административного регламента, а также в случае несоответствия фамилии, имени, отчества заявителя и (или) члена семьи заявителя в представленных документах специалист казенного учреждения (МФЦ), ответственный за прием и регистрацию документов, готовит соответствующие межведомственные запросы.»;

в пункте 5.2 после слова «диспансеризации,» дополнить словами «пренатальной диагностики,»;

в таблице пункта 2 «МФЦ» приложения 1:

в пункте 19 слова и цифры «Советская, д. 81» заменить словами и цифрами «Советская, д. 50»;

в пункте 25 слово «Бюджетное» заменить словами «Муниципальное казенное»;

приложение 2 изложить в новой редакции согласно приложению 1 к настоящему приказу;

приложение 3 изложить в новой редакции согласно приложению 2 к настоящему приказу;

в блоке «Прием и регистрация документов» блок-схемы предоставления государственной услуги приложения 4 слово «(МФЦ)» исключить.

2. Отделу организации предоставления мер социальной поддержки управления социальных выплат (Л.В. Шилова) обеспечить размещение настоящего приказа на официальном сайте Департамента социальной защиты населения области, направление копии настоящего приказа в казенное учреждение Вологодской области «Центр социальных выплат».

3. Настоящий приказ вступает в силу по истечении 10 дней со дня официального опубликования, за исключением пункта 2, который вступает в силу со дня подписания настоящего приказа.

Начальник департамента



Л.В. Каманина

Приложение 1
к приказу Департамента социальной
защиты населения области
от 02.04.2018 № 916

«Приложение 2
к административному регламенту

Образец

В КУ ВО «Центр социальных выплат»

**ЗАЯВЛЕНИЕ
О НАЗНАЧЕНИИ КОМПЕНСАЦИИ ТРАНСПОРТНЫХ РАСХОДОВ
БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ, НАПРАВЛЯЕМЫМ ДЛЯ
ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ, ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ,
КОНСУЛЬТАЦИИ, ЛЕЧЕНИЯ И РОДОВ В МЕДИЦИНСКИЕ
ОРГАНИЗАЦИИ**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)

проживающая(ий) по адресу: _____,
(указывается адрес фактического проживания)

сведения о регистрации по месту жительства: _____
(указываются на основании записи

в паспорте или в ином документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства)

сведения о регистрации (учете) по месту пребывания: _____
(указываются на

основании документа, подтверждающего регистрацию (учет) по месту пребывания)

телефоны: раб. _____, дом. _____,

документ, удостоверяющий личность:

наименование			
серия		дата выдачи	
номер		дата рождения	
кем выдан			

прошу назначить компенсацию транспортных расходов за совершенную поездку в медицинскую организацию:

№	Цель поездки	Дата поездки

Сообщаю, что общий доход семьи, состоящей из _____ человек, за 6 месяцев, предшествующих месяцу поездки, составил: _____ руб.

Месяц, год	Сведения о доходах семьи (руб.)	
	подтверждены документально	без представления документов

Прошу исключить из общей суммы дохода семьи алименты в сумме _____ руб. _____ коп., удерживаемые по _____
 (основание для удержания алиментов, _____
 фамилия, имя, отчество лица в пользу которого производится удержания)

Для направления межведомственных запросов о предоставлении сведений, необходимых для назначения компенсации транспортных расходов, сообщаю следующие данные:

Перечень данных	Данные
если в доход семьи, учитываемый при исчислении величины среднедушевого дохода, включаются пенсии, компенсации	
СНИЛС, Ф.И.О. членов семьи, наименование органа, назначившего пенсию, компенсацию	
если в доход семьи, учитываемый при исчислении величины среднедушевого дохода, включается доход индивидуального предпринимателя	
ИНН и Ф.И.О. физического лица (индивидуального предпринимателя)	

если в период шесть месяцев, предшествующих месяцу поездки, заявителю или члену его семьи Фондом социального страхования выплачивалось:	указать наименование регионального отделения Фонда социального страхования, осуществившего выплату
пособие по временной нетрудоспособности	
пособие по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием	
пособие по беременности и родам, единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности	
ежемесячное пособие по уходу за ребенком	
если в период шесть месяцев, предшествующих месяцу поездки, член семьи заявителя проходил военную службу по призыву	
Ф.И.О. члена семьи заявителя, призванного на военную службу	
Место призыва	
если не представлена копия свидетельства о рождении ребенка	
Ф.И.О. ребенка	
Дата и место рождения	
Место регистрации рождения	
если не представлены копия документа, содержащего сведения о семейном положении, либо копия свидетельства о заключении (расторжении) брака	
Ф.И.О. супруга, с которым заключен брак	
Место регистрации брака	
Ф.И.О. супруга, с которым расторгнут брак	
Место регистрации расторжения брака	
в случае несоответствия фамилии, имени, отчества заявителя и (или) члена семьи заявителя в представленных документах	
Предыдущие персональные данные:	
Ф.И.О.	
Место изменения (перемены)	

Прошу перечислить компенсацию транспортных расходов в:

(реквизиты, по которым будет осуществляться выплата)

«__» _____ 20__ г.

(дата подачи заявления)

_____ (подпись заявителя)

«__» _____ 20__ г.

(дата регистрации заявления)

_____ (подпись специалиста)»

Приложение 2
к приказу Департамента
социальной
защиты населения области
от 22.04.2018 № 916

«Приложение 3
к административному
регламенту

Образец

В КУ ВО «Центр социальных выплат»
от _____
(фамилия, имя, отчество, паспортные данные,
реквизиты документа, подтверждающего полномочия
представителя заявителя)

**ЗАЯВЛЕНИЕ
О НАЗНАЧЕНИИ КОМПЕНСАЦИИ ТРАНСПОРТНЫХ РАСХОДОВ
БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ, НАПРАВЛЯЕМЫМ ДЛЯ
ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ, ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ,
КОНСУЛЬТАЦИИ, ЛЕЧЕНИЯ И РОДОВ В МЕДИЦИНСКИЕ
ОРГАНИЗАЦИИ**

Прошу назначить _____,
(фамилия, имя, отчество доверителя)
_____,
родившейся _____,
(день, месяц и год рождения)
проживающей(ему) по адресу: _____,
(указывается адрес фактического проживания)
сведения о регистрации по месту жительства: _____
(указываются на основании записи
в паспорте доверителя или в ином документе, подтверждающем регистрацию по месту
жительства)
сведения о регистрации (учете) по месту пребывания: _____
(указываются на
основании документа, подтверждающего регистрацию (учет) по месту пребывания)
телефоны: раб. _____, дом. _____,

компенсацию транспортных расходов за совершенную поездку в медицинскую организацию:

№	Цель поездки	Дата поездки

Сообщаю, что общий доход семьи, состоящей из _____ человек, за 6 месяцев, предшествующих месяцу поездки, составил:

_____ руб.

Месяц, год	Сведения о доходах семьи (руб.)	
	подтверждены документально	без представления документов

Прошу исключить из общей суммы дохода семьи алименты в сумме _____ руб. _____ коп., удерживаемые по _____
(основание для удержания алиментов,

_____ фамилия, имя, отчество лица в пользу которого производятся удержания)

Для направления межведомственных запросов о предоставлении сведений, необходимых для назначения компенсации транспортных расходов, сообщаю следующие данные:

Перечень данных	Данные
если в доход семьи, учитываемый при исчислении величины среднедушевого дохода, включаются пенсии, компенсации	
СНИЛС, Ф.И.О. членов семьи, наименование органа, назначившего пенсию, компенсацию	
если в доход семьи, учитываемый при исчислении величины среднедушевого дохода, включается доход индивидуального предпринимателя	
ИНН и Ф.И.О. физического лица (индивидуального предпринимателя)	
если в период шесть месяцев, предшествующих месяцу поездки, заявителю или члену его семьи Фондом социального страхования выплачивалось:	указать наименование регионального отделения Фонда социального страхования, осуществившего выплату
пособие по временной нетрудоспособности	
пособие по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием	

пособие по беременности и родам, единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности	
ежемесячное пособие по уходу за ребенком	
если в период шесть месяцев, предшествующих месяцу поездки, член семьи заявителя проходил военную службу по призыву	
Ф.И.О. члена семьи заявителя, призванного на военную службу	
Место призыва	
если не представлена копия свидетельства о рождении ребенка	
Ф.И.О. ребенка	
Дата и место рождения	
Место регистрации рождения	
если не представлены копия документа, содержащего сведения о семейном положении, либо копия свидетельства о заключении (расторжении) брака	
Ф.И.О. супруга, с которым заключен брак	
Место регистрации брака	
Ф.И.О. супруга, с которым расторгнут брак	
Место регистрации расторжения брака	
в случае несоответствия фамилии, имени, отчества заявителя и (или) члена семьи заявителя в представленных документах	
Предыдущие персональные данные:	
Ф.И.О.	
Место изменения (перемены)	

Прошу перечислить компенсацию транспортных расходов в:

(реквизиты, по которым будет осуществляться выплата)

«__» _____ 20__ г.
(дата подачи заявления)

(подпись представителя заявителя)

«__» _____ 20__ г.
(дата регистрации заявления)

(подпись специалиста)»