



ПРИКАЗ

10.01.2024

г.Казань

БОЕРЫК

4

О внесении изменений в Административный регламент предоставления государственной услуги по назначению компенсации лицам, страдающим хронической почечной недостаточностью, получающим лечение методом амбулаторного гемодиализа, расходов по проезду на транспорте к месту прохождения амбулаторного гемодиализа и обратно к месту жительства и лицам, страдающим онкологическими заболеваниями, расходов по проезду на транспорте к месту лечения в медицинские организации государственной системы здравоохранения Республики Татарстан, оказывающие специализированную онкологическую помощь, и обратно к месту жительства, утвержденный приказом Министерства труда, занятости и социальной защиты Республики Татарстан от 14.04.2015 № 231

В целях совершенствования работы по предоставлению государственных услуг в сфере социальной поддержки населения п р и к а з ы в а ю:

Утвердить прилагаемые изменения, которые вносятся в Административный регламент предоставления государственной услуги по назначению компенсации лицам, страдающим хронической почечной недостаточностью, получающим лечение методом амбулаторного гемодиализа, расходов по проезду на транспорте к месту прохождения амбулаторного гемодиализа и обратно к месту жительства и лицам, страдающим онкологическими заболеваниями, расходов по проезду на транспорте к месту лечения в медицинские организации государственной системы здравоохранения Республики Татарстан, оказывающие специализированную

онкологическую помощь, и обратно к месту жительства, утвержденный приказом Министерства труда, занятости и социальной защиты Республики Татарстан от 14.04.2015 № 231 «Об утверждении Административного регламента предоставления государственной услуги по назначению компенсации лицам, страдающим хронической почечной недостаточностью, получающим лечение методом амбулаторного гемодиализа, расходов по проезду на транспорте к месту прохождения амбулаторного гемодиализа и обратно к месту жительства и лицам, страдающим онкологическими заболеваниями, расходов по проезду на транспорте к месту лечения в медицинские организации государственной системы здравоохранения Республики Татарстан, оказывающие специализированную онкологическую помощь, и обратно к месту жительства» (с изменениями, внесенными приказами Министерства труда, занятости и социальной защиты Республики Татарстан от 07.06.2016 № 317, от 26.06.2017 № 416, от 07.05.2018 № 348, от 15.05.2018 № 365, от 18.09.2018 № 858, от 24.06.2019 № 494, от 11.11.2019 № 978, от 01.06.2020 № 380, от 09.10.2020 № 718, от 04.06.2021 № 395, от 25.10.2021 № 784, от 15.04.2022 № 281, от 02.11.2022 № 977).

Министр



Э.А.Зарипова

Утверждены
приказом Министерства труда,
занятости и социальной защиты
Республики Татарстан
от 10.01.2024 № 4

Изменения, которые вносятся в Административный регламент предоставления государственной услуги по назначению компенсации лицам, страдающим хронической почечной недостаточностью, получающим лечение методом амбулаторного гемодиализа, расходов по проезду на транспорте к месту прохождения амбулаторного гемодиализа и обратно к месту жительства и лицам, страдающим онкологическими заболеваниями, расходов по проезду на транспорте к месту лечения в медицинские организации государственной системы здравоохранения Республики Татарстан, оказывающие специализированную онкологическую помощь, и обратно к месту жительства, утвержденный приказом Министерства труда, занятости и социальной защиты Республики Татарстан от 14.04.2015 № 231 «Об утверждении Административного регламента предоставления государственной услуги по назначению компенсации лицам, страдающим хронической почечной недостаточностью, получающим лечение методом амбулаторного гемодиализа, расходов по проезду на транспорте к месту прохождения амбулаторного гемодиализа и обратно к месту жительства и лицам, страдающим онкологическими заболеваниями, расходов по проезду на транспорте к месту лечения в медицинские организации государственной системы здравоохранения Республики Татарстан, оказывающие специализированную онкологическую помощь, и обратно к месту жительства»

В абзаце втором и третьем пункта 1.2 раздела 1 слова «, среднедушевой доход которых ниже двукратной величины прожиточного минимума, установленного в Республике Татарстан» исключить;

в разделе 2:

в пункте 2.3:

в абзаце первом подпункта 2.3.1 слова «приложению № 3» заменить словами «приложениям 3 или 3¹»;

дополнить подпунктом 2.3.3 следующего содержания:

«2.3.3. Результатом предоставления государственной услуги не является реестровая запись.»;

дополнить подпунктом 2.3.4 следующего содержания:

«2.3.4. Реквизиты решения о назначении компенсации:

номер и дата решения;

наименование органа, уполномоченного на принятие решения;

фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) заявителя;

должность лица, уполномоченного на принятие решения (далее - уполномоченное лицо);

фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) уполномоченного лица;

сведения об электронной подписи.

Реквизиты решения об отказе в назначении компенсации:

номер и дата решения об отказе в назначении компенсации;

наименование органа, уполномоченного на принятие решения;

фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) заявителя;

основания для принятия решения об отказе в назначении компенсации;

должность уполномоченного лица;

фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) уполномоченного лица;

сведения об электронной подписи.»;

пункт 2.4.2 изложить в следующей редакции:

«2.4.2. В случае наличия у заявителя задолженности по уплате налогов, сборов и страховых взносов в бюджеты бюджетной системы Российской Федерации предоставление государственной услуги приостанавливается до погашения задолженности, но не более чем на 90 дней со дня поступления информации о наличии такой задолженности.»;

в пункте 2.6.1:

в абзаце втором подпункта 1 слова «приложению № 1» заменить словами «приложению 1 или 1¹»;

подпункты 3-4 признать утратившими силу;

абзацы пятый и шестой пункта 2.6.2 признать утратившими силу;

в разделе 3:

в абзаце третьем подпункта 3.3.2 слова «приложение № 2» заменить словами «приложение 2»;

в подпункте 3.4.3:

абзацы пятый и шестой признать утратившими силу;

дополнить абзацем следующего содержания:

«Целями использования сведений являются установление достоверности представленных заявителем документов, а также принятие решений, исключаящих нарушения законодательства и прав заявителя.»;

в абзаце пятом подпункта 3.5.1 слова «приложению 3» заменить словами «приложению 3 или 3¹»;

в абзаце третьем подпункта 3.5.4.1 слова «приложению 3» заменить словами «приложению 3 или 3¹»;

в абзаце втором подпункта 3.8.1 слова «Приложение № 2» заменить словами «Приложение 2»;

приложение 1 к Регламенту изложить в следующей редакции:

«Приложение 1
к Административному регламенту
предоставления государственной услуги
по назначению компенсации лицам,
страдающим хронической почечной
недостаточностью, получающим
лечение методом амбулаторного
гемодиализа, расходов по проезду

на транспорте к месту прохождения амбулаторного гемодиализа и обратно к месту жительства и лицам, страдающим онкологическими заболеваниями, расходов по проезду на транспорте к месту лечения в медицинские организации государственной системы здравоохранения Республики Татарстан, оказывающие специализированную онкологическую помощь, и обратно к месту жительства

В Отделение № _____ ГКУ
«Республиканский центр материальной помощи (компенсационных выплат)» в
_____ муниципальном районе (городском округе)

Заявление № _____
от _____ 20__ г.

Я, _____,
(Ф.И.О. (отчество - при наличии) заявителя полностью)

Наименование документа, удостоверяющего личность	Серия и (или) номер	Кем выдан	Дата выдачи

проживающая(-ий) _____ по _____ адресу:

_____ (почтовый адрес заявителя с указанием индекса, номера телефона, адрес электронной почты) действующая(-ий) на основании:

_____ (реквизиты документа, подтверждающего полномочия лица, представляющего интересы заявителя, при обращении доверенного лица или законного представителя)

СНИЛС (заявителя) _____

Прошу назначить _____,
(Ф.И.О. (отчество - при наличии) заявителя полностью)

проживающей(-му) по адресу: _____
(почтовый индекс, адрес регистрации по месту жительства заявителя)

_____ (реквизиты документа, удостоверяющего личность заявителя)
компенсацию лицам, страдающим хронической почечной недостаточностью, получающим лечение методом амбулаторного гемодиализа, расходов по проезду на

транспорте к месту прохождения амбулаторного гемодиализа и обратно к месту жительства в соответствии с Законом Республики Татарстан от 8 декабря 2004 года № 63-ЗРТ «Об адресной социальной поддержке населения в Республике Татарстан».

Представляю следующие документы (справки):

№	Наименование документов	Количество экземпляров
1		
2		
3		
4		

Назначенную компенсацию прошу произвести:

путем перечисления на счет _____

(указываются реквизиты счета, открытого в установленном законом порядке заявителем либо его законным представителем)

через почтовое отделение _____

(указываются реквизиты почтового отделения заявителя либо его законного представителя)

С положениями об ответственности за достоверность предоставленных сведений, подлинность документов, в которых они содержатся, и об обязанности своевременного извещения об изменении условий, влияющих на выплату мер социальной поддержки, ознакомлен(-а) _____

(подпись заявителя либо лица, представляющего интересы заявителя на основании доверенности, заверенной в установленном порядке)

Согласен(-на) на получение информации, в том числе о предоставлении (об отказе в предоставлении) государственной услуги:

в письменной форме по почтовому адресу _____

смс-сообщением на телефон _____

(номер телефона)

в форме электронного документа

по адресу электронной почты _____

(адрес электронной почты)

через личный кабинет в государственной информационной системе Республики Татарстан «Портал государственных и муниципальных услуг Республики Татарстан» _____

(подпись заявителя)

Заявитель:

(Ф.И.О. (отчество - при наличии))

(подпись)

«__» _____ 20__ г.

заявителя либо лица, представляющего
интересы заявителя на основании
доверенности, заверенной
в установленном порядке)

Заявление и документы приняты _____ 20__ г. _____
(подпись, расшифровка подписи
специалиста)

Линия отрыва

Расписка-уведомление

Регистрационный № заявителя _____

Количество документов ___ ед. на ___ листах

Документы принял _____
(должность) (подпись) (расшифровка подписи) (дата)»;

дополнить приложением 1¹ к Регламенту следующего содержания:

«Приложение 1¹
к Административному регламенту
предоставления государственной услуги
по назначению компенсации лицам,
страдающим хронической почечной
недостаточностью, получающим
лечение методом амбулаторного
гемодиализа, расходов по проезду
на транспорте к месту прохождения
амбулаторного гемодиализа и обратно
к месту жительства и лицам, страдающим
онкологическими заболеваниями, расходов
по проезду на транспорте к месту
лечения в медицинские организации
государственной системы здравоохранения
Республики Татарстан, оказывающие
специализированную онкологическую помощь,
и обратно к месту жительства

В Отделение № _____
ГКУ «Республиканский центр материальной
помощи (компенсационных выплат)» в

_____ муниципальном районе (городском округе)

Заявление № _____
от _____ 20__ г.

Я, _____,
(Ф.И.О. (отчество - при наличии) заявителя полностью)

Наименование документа, удостоверяющего личность	Серия и (или) номер	Кем выдан	Дата выдачи

проживающая(-ий) по адресу: _____

(почтовый адрес заявителя с указанием индекса, номера телефона, адрес электронной почты) действующая(-ий) на основании:

(реквизиты документа, подтверждающего полномочия лица, представляющего интересы заявителя, при обращении доверенного лица или законного представителя)

СНИЛС (заявителя) _____

Прошу назначить _____,
(Ф.И.О. (отчество - при наличии) заявителя полностью)

проживающей(-му) по адресу: _____
(почтовый индекс, адрес регистрации по месту жительства заявителя)

(реквизиты документа, удостоверяющего личность заявителя)

компенсацию лицам, страдающим онкологическими заболеваниями, расходов по проезду на транспорте к месту лечения в медицинские организации государственной системы здравоохранения Республики Татарстан, оказывающие специализированную онкологическую помощь, и обратно к месту жительства в соответствии с Законом Республики Татарстан от 8 декабря 2004 года № 63-ЗРТ «Об адресной социальной поддержке населения в Республике Татарстан».

Представляю следующие документы (справки):

№	Наименование документов	Количество экземпляров
1		
2		
3		
4		

Назначенную компенсацию прошу произвести:

путем перечисления на счет _____
(указываются реквизиты счета, открытого в установленном законом порядке заявителем либо его законным представителем)

через почтовое отделение _____
(указываются реквизиты почтового отделения заявителя либо его законного представителя)

С положениями об ответственности за достоверность предоставленных сведений, подлинность документов, в которых они содержатся, и об обязанности своевременного извещения об изменении условий, влияющих на выплату мер социальной поддержки, ознакомлен(-а) _____

(подпись заявителя либо лица, представляющего интересы заявителя на основании доверенности, заверенной в установленном порядке)

Согласен(-на) на получение информации, в том числе о предоставлении (об отказе в предоставлении) государственной услуги:

в письменной форме по почтовому адресу _____
смс-сообщением на телефон _____

(номер телефона)

в форме электронного документа

по адресу электронной почты _____
(адрес электронной почты)

через личный кабинет в государственной информационной системе Республики Татарстан «Портал государственных и муниципальных услуг Республики Татарстан» _____

(подпись заявителя)

Заявитель:

_____ «__» _____ 20__ г.
(Ф.И.О. (отчество - при наличии) (подпись)
заявителя либо лица, представляющего интересы заявителя на основании доверенности, заверенной в установленном порядке)

Заявление и документы приняты _____ 20__ г. _____
(подпись, расшифровка подписи специалиста)

Линия отрыва

Расписка-уведомление

Регистрационный № заявителя _____

Количество документов ___ ед. на ___ листах

Документы принял _____
(должность) (подпись) (расшифровка подписи) (дата);

Приложение 3 к Регламенту изложить в следующей редакции:

«Приложение 3
к Административному регламенту
предоставления государственной услуги
по назначению компенсации лицам,
страдающим хронической почечной

недостаточностью, получающим лечение методом амбулаторного гемодиализа, расходов по проезду на транспорте к месту прохождения амбулаторного гемодиализа и обратно к месту жительства и лицам, страдающим онкологическими заболеваниями, расходов по проезду на транспорте к месту лечения в медицинские организации государственной системы здравоохранения Республики Татарстан, оказывающие специализированную онкологическую помощь, и обратно к месту жительства

Отделение № ____ ГКУ «Республиканский центр материальной помощи компенсационных выплат») в

_____ муниципальном районе (городском округе)

Решение

о назначении компенсации лицам, страдающим хронической почечной недостаточностью, получающим лечение методом амбулаторного гемодиализа, расходов по проезду на транспорте к месту прохождения амбулаторного гемодиализа и обратно к месту жительства

№ _____

от «__» _____

Ф.И.О. (отчество - при наличии) заявителя _____

Адрес заявителя _____

Назначить компенсацию лицам, страдающим хронической почечной недостаточностью, получающим лечение методом амбулаторного гемодиализа, расходов по проезду на транспорте к месту прохождения амбулаторного гемодиализа и обратно к месту жительства в соответствии с Законом Республики Татарстан от 8 декабря 2004 года № 63-ЗРТ «Об адресной социальной поддержке населения в Республике Татарстан» с _____
(дата, месяц, год назначения)

Способ выплаты компенсации _____

Заведующий(-ая) отделением
№ ____ ГКУ «Республиканский
центр материальной помощи

(компенсационных выплат)» в

_____ муниципальном районе
(городском округе)

_____ (Ф.И.О. (отчество - при наличии))

_____ (подпись)

М.П.

Специалист отделения № ____
ГКУ «Республиканский центр
материальной помощи
(компенсационных выплат)» в

_____ муниципальном районе (городском
округе)

_____ (Ф.И.О. (отчество - при наличии))

_____ (подпись)

Заявитель уведомлен:

в письменной форме по почтовому адресу _____

смс-сообщением на телефон _____

_____ (номер телефона)

в форме электронного документа

по адресу электронной почты _____

_____ (адрес электронной почты)

через личный кабинет в государственной
информационной системе Республики
Татарстан «Портал государственных и
муниципальных услуг Республики Татарстан» _____

_____ (подпись заявителя)

специалист отделения _____

_____ (Ф.И.О. (отчество - при наличии))

_____ (подпись)

Отделение № _____ ГКУ «Республиканский
центр материальной помощи
(компенсационных выплат)» в

_____ муниципальном районе (городском округе)

Решение

об отказе в назначении компенсации лицам, страдающим хронической почечной недостаточностью, получающим лечение методом амбулаторного гемодиализа, расходов по проезду на транспорте к месту прохождения амбулаторного гемодиализа и обратно к месту жительства

№ _____

от «__» _____

Ф.И.О. (отчество - при наличии) заявителя _____

Адрес заявителя _____

Отказать в назначении компенсации лицам, страдающим хронической почечной недостаточностью, получающим лечение методом амбулаторного гемодиализа, расходов по проезду на транспорте к месту прохождения амбулаторного гемодиализа и обратно к месту жительства в соответствии с Законом Республики Татарстан от 8 декабря 2004 года № 63-ЗРТ «Об адресной социальной поддержке населения в Республике Татарстан»

Причина отказа: _____

Заведующий(-ая) отделением
№ ___ ГКУ «Республиканский центр
материальной помощи
(компенсационных выплат)» в
муниципальном районе (городском
округе)

(Ф.И.О. (отчество - при наличии) (подпись)
М.П.

Специалист отделения № ____
ГКУ «Республиканский центр
материальной помощи
(компенсационных выплат)» в
муниципальном районе (городском
округе)

(Ф.И.О. (отчество - при наличии) (подпись)

Заявитель уведомлен:

в письменной форме по почтовому адресу _____
смс-сообщением на телефон _____

(номер телефона)

в форме электронного документа
по адресу электронной почты _____

(адрес электронной почты)

через личный кабинет в государственной
информационной системе Республики
Татарстан «Портал государственных и
муниципальных услуг Республики Татарстан» _____

(подпись заявителя)

специалист отделения _____

(Ф.И.О. (отчество - при наличии) (подпись));

дополнить приложением 3¹ к Регламенту следующего содержания:

«Приложение 3¹
к Административному регламенту
предоставления государственной услуги
по назначению компенсации лицам,
страдающим хронической почечной

недостаточностью, получающим лечение методом амбулаторного гемодиализа, расходов по проезду на транспорте к месту прохождения амбулаторного гемодиализа и обратно к месту жительства и лицам, страдающим онкологическими заболеваниями, расходов по проезду на транспорте к месту лечения в медицинские организации государственной системы здравоохранения Республики Татарстан, оказывающие специализированную онкологическую помощь, и обратно к месту жительства

Отделение № _____ ГКУ «Республиканский центр материальной помощи компенсационных выплат») в

_____ муниципальном районе (городском округе)

Решение

о назначении компенсации лицам, страдающим онкологическими заболеваниями, расходов по проезду на транспорте к месту лечения в медицинские организации государственной системы здравоохранения Республики Татарстан, оказывающие специализированную онкологическую помощь, и обратно к месту жительства

№ _____ от «__» _____

Ф.И.О. (отчество - при наличии) заявителя _____

Адрес заявителя _____

Назначить компенсацию лицам, страдающим онкологическими заболеваниями, расходов по проезду на транспорте к месту лечения в медицинские организации государственной системы здравоохранения Республики Татарстан, оказывающие специализированную онкологическую помощь, и обратно к месту жительства в соответствии с Законом Республики Татарстан от 8 декабря 2004 года № 63-ЗРТ «Об адресной социальной поддержке населения в Республике Татарстан» с _____

(дата, месяц, год назначения)

Способ выплаты компенсации _____

Заведующий(-ая) отделением
№ ____ ГКУ «Республиканский
центр материальной помощи

Адрес заявителя _____

Отказать в назначении компенсации лицам, страдающим онкологическими заболеваниями, расходов по проезду на транспорте к месту лечения в медицинские организации государственной системы здравоохранения Республики Татарстан, оказывающие специализированную онкологическую помощь, и обратно к месту жительства в соответствии с Законом Республики Татарстан от 8 декабря 2004 года № 63-ЗРТ «Об адресной социальной поддержке населения в Республике Татарстан»
Причина отказа: _____

Заведующий(-ая) отделением
№ ____ ГКУ «Республиканский центр
материальной помощи
(компенсационных выплат)» в
муниципальном районе (городском _____
округе) (Ф.И.О. (отчество - при наличии) (подпись)
М.П.

Специалист отделения № ____
ГКУ «Республиканский центр
материальной помощи
(компенсационных выплат)» в
муниципальном районе (городском _____
округе) (Ф.И.О. (отчество - при наличии) (подпись)

Заявитель уведомлен:
в письменной форме по почтовому адресу _____
смс-сообщением на телефон _____
(номер телефона)

в форме электронного документа
по адресу электронной почты _____
(адрес электронной почты)

через личный кабинет в государственной
информационной системе Республики
Татарстан «Портал государственных и
муниципальных услуг Республики Татарстан» _____
(подпись заявителя)

специалист отделения _____
(Ф.И.О. (отчество - при наличии) (подпись)):

в приложении 5 слова «Ф.И.О. (последнее - при наличии) заявителя» заменить
словами «Ф.И.О. (отчество - при наличии) заявителя»;

в приложении 6:

слова «Ф.И.О. заявителя» заменить словами «Ф.И.О. (отчество – при наличии)
заявителя».

слова «(Ф.И.О.)» заменить словами «(Ф.И.О. (отчество – при наличии))».