



# ПРАВИТЕЛЬСТВО ПРИМОРСКОГО КРАЯ

## ПОСТАНОВЛЕНИЕ

15.08.2023

г. Владивосток

№ 561-пп

**О внесении изменений в постановление  
Правительства Приморского края от 31 января 2020 года  
№ 69-пп «О Порядке и условиях предоставления  
ежемесячной денежной выплаты лицам, осуществляющим  
уход за инвалидами в Приморском крае»**

На основании Устава Приморского края Правительство Приморского края постановляет:

1. Внести в Порядок и условия предоставления ежемесячной денежной выплаты лицам, осуществляющим уход за инвалидами в Приморском крае, утвержденный постановлением Правительства Приморского края от 31 января 2020 года № 69-пп «О Порядке и условиях предоставления ежемесячной денежной выплаты лицам, осуществляющим уход за инвалидами в Приморском крае» (в редакции постановлений Правительства Приморского края от 30 апреля 2020 года № 389-пп, от 25 января 2021 года № 24-пп, от 11 июня 2021 года № 370-пп, от 28 декабря 2021 года № 868-пп, от 28 ноября 2022 года № 802-пп, от 6 июня 2023 года № 377-пп), следующие изменения:

1.1. Изложить пункт 1.1 в следующей редакции:

«1.1. Настоящий Порядок разработан в соответствии с Законом Приморского края от 29 декабря 2004 года № 206-КЗ «О социальной поддержке льготных категорий граждан, проживающих на территории Приморского края» и устанавливает правила и условия предоставления ежемесячной денежной выплаты гражданам, проживающим на территории Приморского края,

осуществляющим уход за проживающими на территории Приморского края инвалидами 1 группы, инвалидами с детства 1 группы, детьми-инвалидами (далее - инвалиды), которые не получают социальные услуги в сфере социального обслуживания в форме социального обслуживания на дому или в стационарной форме и которые (законные представители которых) выразили согласие на осуществление за ними ухода.»;

1.2. В пункте 2.1:

изложить абзац пятый в следующей редакции:

«не осуществляют трудовую деятельность, в том числе не являются налогоплательщиками, применяющими специальный налоговый режим «Налог на профессиональный доход» в соответствии с Федеральным законом от 27 ноября 2018 года № 422-ФЗ «О проведении эксперимента по установлению специального налогового режима «Налог на профессиональный доход», и не проходят обучение в образовательных организациях всех типов по очной и очно-заочной формам обучения;»;

изложить абзац седьмой в следующей редакции:

«являются получателями ежемесячной компенсационной выплаты, определенной Указом Президента Российской Федерации от 26 декабря 2006 года № 1455 «О компенсационных выплатах лицам, осуществляющим уход за нетрудоспособными гражданами» (далее - Указ Президента Российской Федерации № 1455) или ежемесячной выплаты, определенной Указом Президента Российской Федерации от 26 февраля 2013 года № 175 «О ежемесячных выплатах лицам, осуществляющим уход за детьми-инвалидами и инвалидами с детства I группы» (далее - Указ Президента Российской Федерации № 175).»;

1.3. Изложить пункт 2.3 в следующей редакции:

«2.3. К составу семьи инвалида I группы, инвалида с детства I группы для расчета среднедушевого дохода его семьи относятся совместно проживающие с ним члены его семьи: супруг (супруга), родители, дети, супруги детей, а также несовершеннолетние внуки в случае их проживания в семье совместно со своими родителями (усыновителями) или опекунами (попечителями).

В случае если инвалид I группы, инвалид с детства I группы состоит в браке, при этом его супруга (супруг), их несовершеннолетние дети имеют (имеют) регистрацию по месту жительства, отличному от места жительства (пребывания) инвалида I группы, инвалида с детства I группы, расчет доходов семьи инвалида I группы, инвалида с детства I группы производится с учетом доходов супруги (супруга) и несовершеннолетних детей инвалида I группы, инвалида с детства I группы.

К составу семьи ребенка-инвалида для расчета среднедушевого дохода его семьи относятся члены его семьи: родители (усыновители, опекуны, попечители), несовершеннолетние братья и сестры.»;

1.4. В пункте 2.5:

изложить абзац седьмой в следующей редакции:

«ежемесячная компенсационная выплата, предоставляемая в соответствии с Указом Президента Российской Федерации № 1455 или ежемесячная выплата, предоставляемая в соответствии с Указом Президента Российской Федерации № 175, а также ежемесячная денежная выплата, предоставляемая в соответствии с настоящим Порядком заявителю, ухаживающему за инвалидом;»;

дополнить абзацем следующего содержания:

«единовременная социальная выплата на приобретение в собственность члена многодетной семьи транспортного средства.»;

1.5. Заменить в пункте 3.1 слова «ежемесячной выплаты, определенной подпунктом «б» пункта 1 Указа Президента Российской Федерации № 175» словами «ежемесячной выплаты, определенной Указом Президента Российской Федерации № 175»;

1.6. Дополнить пункт 5.1 абзацем следующего содержания:

«Кроме того, уход за инвалидом может осуществляться по месту фактического нахождения на территории Приморского края заявителя или инвалида, при условии наличия у инвалида и заявителя регистрации по месту жительства (пребывания) на территории Приморского края.»;

1.7. Изложить пункт 5.3 в следующей редакции:

«5.3. Уход за инвалидом осуществляется в соответствии со Стандартами услуг, предоставляемых гражданами, осуществляющими уход, прилагаемыми к Порядку обучения граждан практическим навыкам общего ухода, утвержденному приказом министерства труда и социальной политики Приморского края (далее - Стандарты услуг, предоставляемых гражданами, осуществляющими уход).»;

1.8. Заменить в абзаце первом пункта 6.5 слова «в единой государственной информационной системе социального обеспечения (далее — ЕГИССО)» словами «в государственной информационной системе «Единая централизованная цифровая платформа в социальной сфере» (далее — единая цифровая платформа)»;

1.9. Заменить в абзаце тринадцатом подпункта пункта 6.6 слово «ЕГИССО» словами «единой цифровой платформе»;

1.10. В пункте 6.7:

заменить в абзаце первом слово «ЕГИССО» словами «единой цифровой платформе»;

исключить абзац второй;

изложить абзац четвертый в следующей редакции:

«По результатам рассмотрения заявления, документов, сведений, указанных в пунктах 6.4 - 6.6 настоящего Порядка, структурное подразделение КГКУ принимает решение о назначении ежемесячной денежной выплаты или решение об отказе в назначении ежемесячной денежной выплаты не позднее чем через двадцать два рабочих дня со дня подачи заявления и документов.»

1.11. Изложить подпункт «з» пункта 6.10 в следующей редакции:

«з) прекращение получения заявителем ежемесячной компенсационной выплаты, определенной Указом Президента Российской Федерации № 1455, или ежемесячной выплаты, определенной Указом Президента Российской Федерации № 175;»;

1.12. Изложить приложение № 1 в новой редакции согласно приложению № 1 к настоящему постановлению;

1.13. Изложить приложение № 2 в новой редакции согласно приложению № 2 к настоящему постановлению;

1.14. Изложить приложение № 6 в новой редакции согласно приложению № 3 к настоящему постановлению.

2. Департаменту информационной политики Приморского края обеспечить официальное опубликование настоящего постановления.

3. Настоящее постановление вступает в силу со дня его официального опубликования, за исключением подпунктов 1.8 - 1.9, абзаца второго подпункта 1.10 пункта 1 настоящего постановления, которые вступают в силу с 1 января 2024 года.

Первый вице-губернатор Приморского края –  
Председатель Правительства  
Приморского края

 В.Г. Щербина

Приложение № 1  
к постановлению  
Правительства Приморского края  
от 15.08.2023 № 561-пп

«Приложение № 1  
к Порядку и условиям  
предоставления ежемесячной  
денежной выплаты лицам,  
осуществляющим уход  
за инвалидами  
в Приморском крае

Форма

Начальнику отделения (отдела) по \_\_\_\_\_

краевого государственного казенного учреждения  
«Центр социальной поддержки населения Приморского  
края»

от \_\_\_\_\_

зарегистрированного по  
адресу: \_\_\_\_\_

наименование и реквизиты документа,  
удостоверяющего личность:

дата рождения: \_\_\_\_\_

место рождения: \_\_\_\_\_

контактный телефон: \_\_\_\_\_

электронный адрес: \_\_\_\_\_

**З А Я В Л Е Н И Е**

Прошу назначить/ прекратить выплачивать/возобновить мне ежемесячную  
денежную выплату по уходу за инвалидом I группы/инвалидом с детства  
I группы/ребенком — инвалидом \_\_\_\_\_ .

(нужное подчеркнуть)

(фамилия имя отчество (последнее при наличии) инвалида)

Уход за гражданином осуществляю по  
адресу \_\_\_\_\_ .

(заполняется в случае обращения за назначением ежемесячной денежной выплаты)

Причина прекращения предоставления ежемесячной денежной  
выплаты \_\_\_\_\_ .

(заполняется в случае обращения за прекращением ежемесячной денежной выплаты)

**Подтверждаю**, что я на (дата) \_\_\_\_\_ не осуществляю трудовую деятельность, не прохожу обучение в образовательных организациях всех типов по очной и очно-заочной формам обучения, не являюсь налогоплательщиком, применяющим налоговый режим «Налог на профессиональный доход» в соответствии с Федеральным законом от 27.11.2018 № 422-ФЗ «О проведении эксперимента по установлению специального налогового режима «Налог на профессиональный доход».

**Обязуюсь** обеспечить посещение инвалида, за которым осуществляю уход, сотрудником структурного подразделения краевого государственного казенного учреждения «Центр социальной поддержки населения Приморского края» (далее - КГКУ «ЦСПН») в соответствии с пунктами 6.6, 7.2, 7.3 Порядка и условий предоставления ежемесячной денежной выплаты лицам, осуществляющим уход за инвалидами в Приморском крае, утвержденного постановлением Правительства Приморского края от 31.01.2020 № 69-пп.

В случае назначения мне ежемесячной денежной выплаты **обязуюсь:**

**в течение 10 дней** после наступления обстоятельств, влекущих прекращение предоставления мне ежемесячной денежной выплаты согласно данному заявлению, сообщить о них в отделение (отдел) (трудоустройство, постановка на учет в налоговом органе в качестве налогоплательщика, применяющего налоговый режим «Налог на профессиональный доход», учеба, переезд, смерть гражданина, за которым совершаю уход, прекращение ухода и т. п.);

**в течение 10 дней** после переезда инвалида по новому месту жительства сообщить об этом в отделение (отдел);

в полном объеме возместить сумму излишне выплаченной (предоставленной) мне ежемесячной денежной выплаты в случае непредставления мной в установленный срок сведений о наступлении обстоятельств, влекущих прекращение ее предоставления;

**при изменении или закрытии лицевого счета**, указанного в настоящем заявлении, сообщить о данном обстоятельстве в отделение (отдел) в трехдневный срок.

#### Опись документов, прилагаемых к заявлению гражданина

№ п/п	Наименование документа	Количество (шт.)
1		
2		
3		

Назначенную по данному заявлению ежемесячную денежную выплату прошу перечислять:

в кредитную  
организацию:

\_\_\_\_\_ (наименование кредитной организации)

лицевой счет<sup>1</sup>

\_\_\_\_\_ (номер лицевого счета)

банковская  
карта «Мир»

\_\_\_\_\_ (номер банковской карты «Мир»)

в почтовое отделение:

\_\_\_\_\_ (номер почтового отделения)

Сведения об уполномоченном представителе:

Фамилия \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_ Отчество \_\_\_\_\_  
(при наличии)

Адрес места жительства  
(пребывания) \_\_\_\_\_

Реквизиты документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_

Реквизиты документа, удостоверяющего  
полномочия \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_

(ФИО (последнее при наличии) заявителя,  
уполномоченного представителя)

(подпись заявителя,  
уполномоченного представителя)  
»

<sup>1</sup>Для банковской карты «Мир» указываются номера лицевого счета и банковской карты, для остальных банковских карт - только номер лицевого счета.»



Приложение № 2  
к постановлению  
Правительства Приморского края  
от 15.08.2023 № 561-пп

«Приложение № 2  
к Порядку и условиям  
предоставления ежемесячной  
денежной выплаты лицам,  
осуществляющим уход  
за инвалидами  
в Приморском крае

Форма

Начальнику отделения (отдела) по \_\_\_\_\_

краевого государственного казенного учреждения  
«Центр социальной поддержки населения  
Приморского края»  
от \_\_\_\_\_

зарегистрированного по  
адресу: \_\_\_\_\_,  
наименование и реквизиты документа,  
удостоверяющего личность:

дата рождения: \_\_\_\_\_

место рождения: \_\_\_\_\_

контактный телефон: \_\_\_\_\_

электронный адрес: \_\_\_\_\_

**З А Я В Л Е Н И Е**

Прошу назначить/ прекратить выплачивать/возобновить мне ежемесячную  
денежную выплату по уходу за инвалидом 1 группы/инвалидом с детства  
1 группы/ребенком — инвалидом \_\_\_\_\_ .  
(нужное подчеркнуть) (фамилия имя отчество (последнее при наличии) инвалида)

Уход за гражданином осуществляю по  
адресу \_\_\_\_\_ .  
(заполняется в случае обращения за назначением ежемесячной денежной выплаты)

Причина прекращения предоставления ежемесячной денежной  
выплаты \_\_\_\_\_ .  
(заполняется в случае обращения за прекращением ежемесячной денежной выплаты)

**Подтверждаю**, что я на (дата) \_\_\_\_\_ не осуществляю трудовую деятельность, не прохожу обучение в образовательных организациях всех типов по очной и очно-заочной формам обучения, не являюсь налогоплательщиком, применяющим налоговый режим «Налог на профессиональный доход» в соответствии с Федеральным законом от 27.11. 2018 года № 422-ФЗ «О проведении эксперимента по установлению специального налогового режима «Налог на профессиональный доход».

**Обязуюсь** обеспечить посещение инвалида, за которым осуществляю уход, сотрудником структурного подразделения КГКУ «Центр социальной поддержки населения Приморского края» (далее - КГКУ «ЦСПН») в соответствии с пунктами 6.6, 7.2, 7.3 Порядка и условий предоставления ежемесячной денежной выплаты лицам, осуществляющим уход за инвалидами в Приморском крае, утвержденного постановлением Правительства Приморского края от 31.01.2020 № 69-пп.

В случае назначения мне ежемесячной денежной выплаты **обязуюсь:**

**в течение 10 дней** после наступления обстоятельств, влекущих прекращение предоставления мне ежемесячной денежной выплаты согласно данному заявлению, сообщить о них в отделение (отдел) (трудоустройство, постановка на учет в налоговом органе в качестве налогоплательщика, применяющего налоговый режим «Налог на профессиональный доход», учеба, переезд, смерть гражданина, за которым совершаю уход, прекращение ухода и т. п.);

**в течение 10 дней** после переезда инвалида по новому месту жительства сообщить об этом в отделение (отдел);

в полном объеме возместить сумму излишне выплаченной (предоставленной) мне ежемесячной денежной выплаты в случае непредставления мной в установленный срок сведений о наступлении обстоятельств, влекущих прекращение ее предоставления;

**при изменении или закрытии лицевого счета**, указанного в настоящем заявлении, сообщить о данном обстоятельстве в отделение (отдел) в трехдневный срок.

В целях предоставления меры социальной поддержки и обеспечения моих прав и интересов, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие министерству труда и социальной политики Приморского края, КГКУ «ЦСПН» на передачу (предоставление) моих персональных данных, указанных в заявлении и необходимых для предоставления данной меры социальной поддержки: в многофункциональный центр, в орган, предоставляющий государственную услугу, орган, предоставляющий муниципальную услугу, либо подведомственную государственному органу или органу местного самоуправления организацию, участвующую в предоставлении государственных и муниципальных услуг; в организации, совершающие контроль за целевым использованием денежных средств; иным органам и организациям в соответствии с заключенными договорами и соглашениями.

Настоящее согласие действует со дня подписания в течение срока предоставления меры социальной поддержки и может быть мной отозвано путем подачи письменного заявления в КГКУ «ЦСПН».

Назначенную по данному заявлению ежемесячную денежную выплату прошу перечислять:

в кредитную \_\_\_\_\_  
(наименование кредитной организации)  
 организацию:

лицевой счет<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ банковская \_\_\_\_\_  
(номер лицевого счета) карта «Мир» \_\_\_\_\_  
(номер банковской карты «Мир»)

в почтовое  
 отделение: \_\_\_\_\_  
(номер почтового отделения)

**Сведения об уполномоченном представителе:**

Фамилия \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_ Отчество \_\_\_\_\_  
(при наличии)

Адрес места жительства (пребывания) \_\_\_\_\_

Реквизиты документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_

Реквизиты документа, удостоверяющего полномочия \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_  
(ФИО (последнее при наличии) заявителя, уполномоченного представителя) (подпись заявителя, уполномоченного представителя)

<sup>1</sup>Для банковской карты «Мир» указываются номера лицевого счета и банковской карты, для остальных банковских карт - только номер лицевого счета.».



№ п/п	Фамилия, имя, отчество (при наличии)	Дата и место рождения	СНИЛС	Сведения о документе, удостоверяющем личность (серия, номер, кем и когда выдан, код подразделения)	Сведения о документе, подтверждающем родство с заявителем (реквизиты акта гражданского состояния - номер записи, дата записи, наименование органа, которым осуществлена государственная регистрация акта гражданского состояния)
1.					
2.					
3.					
4.					

**2. Сведения о доходах членов семьи, полученных в денежной форме**  
(сведения указываются на каждого члена семьи, учтенного в пункте 1):

Сведения о доходах (фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) лица, чьи доходы указываются) \_\_\_\_\_

№ п/п	Наименование дохода	Источник получения дохода
1.		
2.		

Сведения о доходах (фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) лица, чьи доходы указываются) \_\_\_\_\_

№ п/п	Наименование дохода	Источник получения дохода
1.		
2.		

(Заполняется в случае, если сведения о доходах членов семьи инвалида не представлены по собственной инициативе)

**Опись документов, прилагаемых к информационному листу инвалида** \_\_\_\_\_

№ п/п	Наименование документа	Количество (шт.)
1.		
2.		

\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

(фамилия, имя, отчество (при наличии) инвалида)  
(законного представителя)

\_\_\_\_\_ подпись инвалида (законного представителя)

Сведения о законном представителе инвалида

Фамилия \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_ Отчество \_\_\_\_\_

Адрес места жительства (пребывания) \_\_\_\_\_

Реквизиты документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_

Реквизиты документа, удостоверяющего полномочия \_\_\_\_\_

Документы в количестве « \_\_\_\_\_ » штук

принял « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_  
 (подпись) (Ф.И.О., специалиста, наименование организации)

\* В случае заполнения информационного листа в отношении ребенка-инвалида сведения заполняются от имени ребенка - инвалида его законным представителем.

\*\*К составу семьи инвалида I группы, инвалида с детства I группы для расчета среднедушевого дохода его семьи относятся совместно проживающие с ним члены его семьи: супруг (супруга), родители, дети, супруги детей, а также несовершеннолетние внуки в случае их проживания в семье совместно со своими родителями (усыновителями) или опекунами (попечителями).

В случае если инвалид I группы, инвалид с детства I группы состоит в браке, при этом его супруга (супруг) их несовершеннолетние дети имеет (имеют) регистрацию по месту жительства, отличному от места жительства (пребывания) инвалида I группы, инвалида с детства I группы, расчет доходов семьи инвалида I группы, инвалида с детства I группы производится с учетом доходов супруги (супруга) и несовершеннолетних детей инвалида I группы, инвалида с детства I группы.

К составу семьи ребенка-инвалида для расчета среднедушевого дохода его семьи относятся члены его семьи: родители (усыновители, опекуны, попечители), несовершеннолетние братья и сестры. »