



**ПРАВИТЕЛЬСТВО
АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ
ПОСТАНОВЛЕНИЕ**

25.09.2020

№ 646

г. Благовещенск

**О внесении изменений
в постановление Правительства
Амурской области
от 25.02.2019 № 60**

В целях приведения нормативных правовых актов Амурской области в соответствие законодательству Правительство Амурской области **п о с т а н о в л я е т:**

Внести в Порядок предоставления регионального материнского (семейного) капитала при рождении (усыновлении) второго ребенка, утвержденный постановлением Правительства Амурской области от 25.02.2019 № 60 (в редакции постановления Правительства Амурской области от 30.06.2020 № 429), следующие изменения:

1) в разделе 2:

а) подпункт 6 пункта 2.1 признать утратившим силу;

б) пункт 2.2 дополнить подпунктом 6 следующего содержания:

«6) справка органа внутренних дел об отсутствии (наличии) у гражданина судимости (в том числе снятой или погашенной) за совершение в отношении своего ребенка (детей) умышленного преступления, относящегося к преступлениям против личности.»;

в) подпункт 1 пункта 2.4 изложить в следующей редакции:

«1) в федеральном органе исполнительной власти в сфере внутренних дел:

а) сведения о регистрации по месту жительства (пребывания) гражданина;

б) сведения о наличии (отсутствии) у гражданина судимости и (или) факта уголовного преследования либо о прекращении уголовного преследования;»;

2) приложение № 2 к Порядку изложить в новой редакции согласно приложению к настоящему постановлению.

Губернатор Амурской области



Орлов

Приложение
к постановлению Правительства
Амурской области
от 25.09.2020 № 646

АКТ ПРОВЕРКИ
наличия приобретенного для ребенка-инвалида товара

1. Специалист _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(должность, наименование учреждения)

2. Сведения о лице, имеющем право на предоставление регионального
материнского (семейного) капитала

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Документ, удостоверяющий личность _____
(наименование,

номер и серия документа, кем и когда выдан)

СНИЛС (при наличии) _____

Адрес проживания: _____

3. Сведения о ребенке-инвалиде _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии),

число, месяц, год рождения)

4. Информация о приобретенном товаре:

Наименование приобретенного товара _____

Дата приобретения: "___" _____.

При проверке специалистом установлено:

1. Товар в наличии Товар отсутствует

2. Товар соответствует Перечню:

Перечень товаров и услуг, предназначенных для социальной адаптации и интеграции в общество детей-инвалидов, утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 30.04.2016 № 831-р	Код национального стандарта Российской Федерации ГОСТ Р ИСО 9999-2019 «Вспомогательные средства для людей с ограничениями жизнедеятельности. Классификация и терминология»

Товар не соответствует Перечню:

3. Товар соответствует индивидуальной программе реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выданной федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы:

(наименование федерального государственного учреждения
медико-социальной экспертизы)

(номер и срок действия индивидуальной программы реабилитации
или абилитации ребенка-инвалида)

(номер, число, месяц, год протокола проведения
медико-социальной экспертизы)

Товар не соответствует индивидуальной программе реабилитации или абилитации ребенка-инвалида

Дата составления акта: " _ " _____ .

Заявитель

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

Специалист

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

Руководитель учреждения

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

М.П.