



ПРАВИТЕЛЬСТВО АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 17 марта 2020 г. № 125-пп

г. Архангельск

О внесении изменений в постановление Правительства Архангельской области от 12 октября 2012 года № 464-пп

В соответствии со статьей 179 Бюджетного кодекса Российской Федерации, пунктом 1 статьи 21 Федерального закона от 6 октября 1999 года № 184-ФЗ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации», пунктом 1 статьи 3 областного закона от 14 февраля 2020 года № 218-14-ОЗ «О социальной поддержке граждан, страдающих хронической почечной недостаточностью, в Архангельской области», пунктом «а» статьи 31.2 Устава Архангельской области, Порядком разработки и реализации государственных программ Архангельской области, утвержденным постановлением Правительства Архангельской области от 10 июля 2012 года № 299-пп, Правительство Архангельской области **п о с т а н о в л я е т:**

1. Утвердить прилагаемые изменения, которые вносятся в постановление Правительства Архангельской области от 12 октября 2012 года № 464-пп «Об утверждении государственной программы Архангельской области «Социальная поддержка граждан в Архангельской области».

2. Настоящее постановление вступает в силу с 1 апреля 2020 года, но не ранее дня его официального опубликования.

**Первый заместитель Губернатора
Архангельской области –
председатель Правительства
Архангельской области**



А.В. Алсуфьев

УТВЕРЖДЕНЫ
постановлением Правительства
Архангельской области
от 17 марта 2020 г. № 125-пп

**ИЗМЕНЕНИЯ,
которые вносятся в постановление Правительства
Архангельской области от 12 октября 2012 года № 464-пп**

1. Пункт 1 дополнить новым подпунктом 21 следующего содержания:
«21) Порядок предоставления меры социальной поддержки гражданам, страдающим хронической почечной недостаточностью, в Архангельской области.».

2. В государственной программе Архангельской области «Социальная поддержка граждан в Архангельской области», утвержденной указанным постановлением:

1) позицию, касающуюся объемов и источников финансирования государственной программы, паспорта государственной программы изложить в следующей редакции:

«Объемы и источники финансирования государственной программы	– общий объем финансирования составляет 140 626 233,8 тыс. рублей, в том числе: средства федерального бюджета – 36 161 570,7 тыс. рублей; средства областного бюджета – 104 253 687,5 тыс. рублей; средства местных бюджетов – 200 952,7 тыс. рублей; внебюджетные средства – 10 022,9 тыс. рублей»;
--	--

2) в разделе II:

а) позицию, касающуюся объема и источников финансирования подпрограммы, паспорта подпрограммы № 2 изложить в следующей редакции:

«Объем и источники финансирования подпрограммы	– общий объем финансирования составляет 100 923 780,6 тыс. рублей, в том числе: средства федерального бюджета – 35 054 993,1 тыс. рублей; средства областного бюджета – 65 868 760,0 тыс. рублей; внебюджетные средства – 27,5 тыс. рублей»;
--	---

б) в подразделе 2.6:

в абзаце первом цифры «1.30» заменить цифрами «1.31»;

дополнить новым абзацем сорок вторым следующего содержания:

«Реализация мероприятия пункта 1.31 перечня мероприятий подпрограммы № 2 (приложение № 2 к государственной программе) осуществляется отделениями социальной защиты населения в соответствии с Порядком предоставления меры социальной поддержки гражданам, страдающим хронической почечной недостаточностью, в Архангельской области, утвержденным постановлением Правительства Архангельской области.»;

б) позицию «Всего по государственной программе» изложить в следующей редакции:

«Всего по государственной программе в том числе:	итого	140 626 233,8	10 621 614,9	10 352 462,6	9 976 147,0	11 241 318,7	11 239 945,3	11 594 704,6	12 354 674,3	14 207 373,4	11 816 198,0	12 786 963,0	12 196 691,0	12 238 141,0
	в том числе:													
	федеральный бюджет	36 161 570,7	2 375 791,7	2 193 248,7	2 313 960,4	2 969 757,5	2 900 962,2	2 710 708,9	3 379 140,7	4 024 845,8	3 324 757,2	3 322 799,2	3 322 799,2	3 322 799,2
	областной бюджет	104 253 687,5	8 210 935,5	8 114 205,2	7 617 032,6	8 230 666,1	8 293 953,0	8 883 995,7	8 975 533,6	10 182 527,6	8 491 440,8	9 464 163,8	8 873 891,8	8 915 341,0
	местные бюджеты	200 952,7	34 860,2	45 008,7	42 383,1	37 778,7	40 922,0	–	–	–	–	–	–	–
	внебюджетные средства	10 022,9	27,5	–	2 770,9	3 116,4	4 108,1	–	–	–	–	–	–	–
по федеральному проекту «Финансовая поддержка семей при рождении детей» национального проекта «Демография»	итого	9 529 914,20	–	–	–	–	–	–	1 337 969,50	2 275 397,9	1 479 136,7	1 479 136,7	1 479 136,7	1 479 136,7
	в том числе:													
	федеральный бюджет	6 750 125,30	–	–	–	–	–	–	933 554,00	1 634 491,70	1 045 519,9	1 045 519,9	1 045 519,9	1 045 519,9
	областной бюджет	2 779 788,90	–	–	–	–	–	–	404 415,50	640 906,20	433 616,8	433 616,8	433 616,8	433 616,8
	местные бюджеты	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	внебюджетные средства	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
по федеральному проекту «Разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения «Старшее поколение» национального проекта «Демография»	итого	664 415,80	–	–	–	–	–	–	37 092,50	18 381,3	153 734,0	151 736,0	151 736,0	151 736,0
	в том числе:													
	федеральный бюджет	629 290,50	–	–	–	–	–	–	32 532,50	–	150 658,0	148 700,0	148 700,0	148 700,0
	областной бюджет	35 125,30	–	–	–	–	–	–	4 560,0	18 381,3	3076,0	3036,0	3036,0	3036,0
	местные бюджеты	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	внебюджетные средства	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–».

3. Дополнить Порядком предоставления меры социальной поддержки гражданам, страдающим хронической почечной недостаточностью, в Архангельской области следующего содержания:

«УТВЕРЖДЕН
постановлением Правительства
Архангельской области
от 12 октября 2012 г. № 464-пп
(в редакции постановления
Правительства Архангельской области
от 17 марта 2020 г. № 125-пп)

П О Р Я Д О К
предоставления меры социальной поддержки гражданам, страдающим
хронической почечной недостаточностью, в Архангельской области

I. Общие положения

1. Настоящий Порядок, разработанный в соответствии с пунктами 1 и 2 статьи 3 областного закона от 14 февраля 2020 года № 218-14-ОЗ «О социальной поддержке граждан, страдающих хронической почечной недостаточностью, в Архангельской области» (далее – областной закон), определяет правила предоставления меры социальной поддержки гражданам, страдающим хронической почечной недостаточностью, нуждающимся в специализированной медицинской помощи методами заместительной почечной терапии (гемодиализ, перитонеальный диализ) (далее – специализированная медицинская помощь) и получающим в связи с этим специализированную медицинскую помощь в медицинских организациях, расположенных на территории Архангельской области (далее – медицинские организации), в форме предоставления ежемесячной денежной выплаты, предназначенной для оплаты проезда к месту нахождения медицинских организаций для получения специализированной медицинской помощи и обратно (далее соответственно – мера социальной поддержки, денежная выплата).

2. Право на денежную выплату имеют следующие категории граждан:

1) граждане, проживающие на территории Архангельской области, страдающие хронической почечной недостаточностью, нуждающиеся в специализированной медицинской помощи и получающие в связи с этим специализированную медицинскую помощь в медицинских организациях;

2) один из родителей (иных законных представителей), сопровождающий несовершеннолетнего гражданина из числа лиц, указанных в подпункте 1 пункта 2 настоящего Порядка.

3. Денежная выплата назначается гражданам с месяца подачи заявления о предоставлении меры социальной поддержки в государственное учреждение социальной защиты населения Архангельской области по месту жительства (пребывания) (далее – государственное учреждение) граждан, указанных в подпункте 1 пункта 2 настоящего Порядка, за период не более трех месяцев, предшествующих дню подачи заявления, в течение которых гражданин, указанный в подпункте 1 пункта 2 настоящего Порядка, получал

специализированную медицинскую помощь, но не ранее дня возникновения права на денежную выплату.

II. Документы и порядок предоставления денежной выплаты

4. Для получения денежной выплаты гражданин из числа лиц, указанных в пункте 2 настоящего Порядка (далее – заявитель), предоставляет в государственное учреждение следующие документы:

1) заявление о предоставлении меры социальной поддержки (далее – заявление) по форме согласно приложению № 1 к настоящему Порядку;

2) копию документа, удостоверяющего личность заявителя;

3) согласие на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, по формам согласно приложениям № 2 и 3 к настоящему Порядку;

4) выписку из протокола заседания комиссии министерства здравоохранения Архангельской области по отбору пациентов с хронической почечной недостаточностью для лечения методами гемодиализа и перитонеального диализа о необходимости оказания гражданину, указанному в подпункте 1 пункта 2 настоящего Порядка, специализированной медицинской помощи;

5) справку из медицинской организации о прикреплении гражданина, указанного в подпункте 1 пункта 2 настоящего Порядка, для оказания специализированной медицинской помощи. Рекомендуемая форма справки приведена в приложении № 4 к настоящему Порядку;

6) копию судебного акта об определении места жительства гражданина, указанного в подпункте 1 пункта 2 настоящего Порядка, либо об установлении факта проживания такого гражданина в определенном жилом помещении, если место жительства его определено или установлено указанными актами;

7) копию свидетельства о рождении несовершеннолетнего – при обращении гражданина, указанного в подпункте 2 пункта 2 настоящего Порядка.

5. Для получения денежной выплаты заявитель вправе по собственной инициативе представить в государственное учреждение:

1) документ органа регистрационного учета граждан Российской Федерации по месту жительства в пределах Российской Федерации, подтверждающий, что место жительства гражданина, указанного в подпункте 1 пункта 2 настоящего Порядка, находится на территории Архангельской области. При этом указанный документ должен быть выдан не ранее чем за 10 календарных дней до дня представления заявления;

2) документ, подтверждающий регистрацию гражданина, указанного в подпункте 1 пункта 2 настоящего Порядка, в системе индивидуального (персонифицированного) учета в системе обязательного пенсионного страхования, на бумажном носителе или в форме электронного документа;

3) копию договора о приемной семье (при наличии) в случае обращения приемного родителя, указанного в подпункте 2 пункта 2 настоящего Порядка;

4) копию решения или выписку из решения органа опеки и попечительства о назначении ребенку опекуна (попечителя) в случае

обращения опекуна (попечителя), указанного в подпункте 2 пункта 2 настоящего Порядка.

6. Государственное учреждение в случае, если заявитель по собственной инициативе не представил документы, указанные в пункте 5 настоящего Порядка, в рамках межведомственного информационного взаимодействия направляет запросы, в том числе через систему межведомственного электронного взаимодействия или Архангельскую региональную систему межведомственного электронного взаимодействия, в целях получения сведений, содержащихся в указанных документах.

7. Документы, указанные в пунктах 4 и 5 настоящего Порядка (далее – документы), представляются в государственное учреждение:

1) лично или через представителя. В данном случае документы представляются в виде подлинников, копии документов – с предъявлением подлинников соответствующих документов. Копии документов заверяются печатью государственного учреждения;

2) в электронной форме через Архангельский региональный портал государственных и муниципальных услуг (функций) или Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций). В данном случае представляются сканированные документы и копии документов;

3) заказным почтовым отправлением. В данном случае документы направляются в виде подлинников и копий документов, верность которых удостоверена в порядке, установленном гражданским законодательством.

Каждый документ представляется в одном экземпляре.

От имени заявителя вправе выступать его представитель при представлении документа, удостоверяющего его личность, и доверенности, оформленной в соответствии с гражданским законодательством, или законный представитель физического лица при представлении документа, удостоверяющего его личность, и документов, подтверждающих права законного представителя.

8. Государственное учреждение в течение 10 рабочих дней со дня представления заявителем документов, предусмотренных пунктами 4 и 5 настоящего Порядка, принимает одно из следующих решений:

1) о предоставлении меры социальной поддержки;

2) об отказе в предоставлении меры социальной поддержки.

9. Государственное учреждение уведомляет о принятом решении заявителя не позднее пяти рабочих дней со дня принятия решения, указанного в пункте 8 настоящего Порядка.

Уведомления, предусмотренные настоящим пунктом, направляются заявителю в письменной форме одним из способов, указанным им в заявлении.

В случае если заявитель обратился в государственное учреждение через Архангельский региональный портал государственных и муниципальных услуг (функций) или Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций), уведомления направляются ему через Архангельский региональный портал государственных и муниципальных услуг (функций) или Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций).

10. В случае принятия решения, указанного в подпункте 2 пункта 8 настоящего Порядка, заявителю разъясняются основания отказа в предоставлении денежной выплаты и порядок оспаривания (обжалования) принятого решения.

Решение государственного учреждения, указанное в подпункте 2 пункта 8 настоящего Порядка, может быть оспорено (обжаловано) в судебном порядке.

11. Основаниями для принятия решения, указанного в подпункте 2 пункта 8 настоящего Порядка, являются:

1) заявитель не относится к числу лиц, указанных в пункте 2 настоящего Порядка;

2) непредставление одного или нескольких документов, предусмотренных пунктом 4 настоящего Порядка;

3) представление заявителем недостоверных сведений;

4) представление документов, оформление которых не соответствует требованиям подпунктов 1 и 3 пункта 4 настоящего Порядка.

12. Государственное учреждение после получения информации, указанной в пункте 16 настоящего Порядка, перечисляет заявителю денежную выплату до 28-го числа месяца, следующего за месяцем оказания специализированной медицинской помощи, посредством зачисления денежной выплаты на его лицевой счет, открытый в российской кредитной организации.

13. В случае изменения места жительства (пребывания) заявитель обязан сообщить об этом в государственное учреждение в течение 10 дней со дня наступления указанного события.

III. Порядок предоставления территориальным фондом обязательного медицинского страхования Архангельской области в государственное учреждение информации о количестве посещений медицинской организации

14. После принятия решения, указанного в подпункте 1 пункта 8 настоящего Порядка, государственное учреждение направляет:

запрос в территориальный фонд обязательного медицинского страхования Архангельской области о количестве посещений медицинской организации гражданином, указанным в подпункте 1 пункта 2 настоящего Порядка (далее соответственно – фонд, запрос);

согласие на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, по форме согласно приложению № 3 к настоящему Порядку, заполненную заявителем.

15. Для предоставления меры социальной поддержки государственное учреждение ежемесячно, до 15-го числа, направляет запрос в фонд.

16. Фонд до 21-го числа месяца, следующего за месяцем оказания специализированной медицинской помощи, представляет в государственное учреждение информацию о количестве посещений гражданином, указанным в подпункте 1 пункта 2 настоящего Порядка, медицинской организации.

IV. Порядок и условия определения размера денежной выплаты

17. Размер денежной выплаты определяется:

1) исходя из места жительства (пребывания) гражданина, указанного в подпункте 1 пункта 2 настоящего Порядка;

2) исходя из места нахождения медицинской организации;

3) исходя из размера денежной выплаты в связи с однократным получением гражданином, указанным в подпункте 1 пункта 2 настоящего Порядка, специализированной медицинской помощи (далее – посещение медицинской организации), определенного в приложении № 5 к настоящему Порядку;

4) исходя из количества посещений медицинской организации гражданином, указанным в подпункте 1 пункта 2 настоящего Порядка, в течение месяца.

18. Расчет размера денежной выплаты производится по формуле:

$$P = S \times K,$$

где:

P – размер денежной выплаты;

S – размер денежной выплаты в связи с однократным получением гражданином, указанным в подпункте 1 пункта 2 настоящего Порядка, специализированной медицинской помощи;

K – количество посещений медицинской организации гражданином, указанным в подпункте 1 пункта 2 настоящего Порядка, в течение месяца.

19. При предоставлении денежной выплаты гражданину, указанному в подпункте 2 пункта 2 настоящего Порядка, денежная выплата рассчитывается на указанного гражданина и несовершеннолетнего.

20. Денежная выплата перечисляется ежемесячно заявителю на его счет, открытый в российской кредитной организации.

V. Порядок ежегодной проверки сведений для подтверждения права на получение денежной выплаты

21. Государственное учреждение ежегодно, до 30 января года, следующего за годом принятия решения, указанного в подпункте 1 пункта 8 настоящего Порядка, запрашивает:

1) в органах регистрационного учета граждан – сведения о месте жительства (пребывания) гражданина, указанного в подпункте 1 пункта 2 настоящего Порядка, на территории Архангельской области;

2) в органах опеки и попечительства – сведения об отсутствии фактов лишения родительских прав, расторжения договора о приемной семье, освобождения, отстранения опекуна (попечителя) от исполнения возложенных на него обязанностей, – в отношении гражданина, указанного в подпункте 2 пункта 2 настоящего Порядка.

22. В случае изменения места жительства (пребывания) гражданина, указанного в подпункте 1 пункта 2 настоящего Порядка, государственное учреждение определяет новый размер денежной выплаты в соответствии

с разделом IV настоящего Порядка, о чем извещает заявителя в письменной форме одним из способов, указанным им в заявлении, указанном в подпункте 1 пункта 4 настоящего Порядка, в течение 10 рабочих дней со дня поступления в государственное учреждение информации об изменении его места жительства (пребывания), за исключением случаев прекращения предоставления меры социальной поддержки по основаниям, указанным в подпункте 1 пункта 23 и подпунктах 4 и 5 пункта 24 настоящего Порядка.

23. Предоставление меры социальной поддержки для граждан, указанных в подпункте 1 пункта 2 настоящего Порядка, прекращается в следующих случаях:

1) смерти, объявления умершим, признания безвестно отсутствующим в соответствии с законодательством Российской Федерации;

2) подачи заявления об отказе от получения меры социальной поддержки;

3) переезда на новое место жительства за пределы территории Архангельской области;

4) отсутствия у государственного учреждения информации, указанной в пункте 16 настоящего Порядка, в отношении гражданина, указанного в подпункте 1 пункта 2 настоящего Порядка, в течение шести месяцев со дня принятия решения, указанного в подпункте 1 пункта 8 настоящего Порядка.

24. Предоставление меры социальной поддержки для граждан, указанных в подпункте 2 пункта 2 настоящего Порядка, прекращается в следующих случаях:

1) достижения несовершеннолетним возраста 18 лет;

2) подачи заявления об отказе от получения меры социальной поддержки;

3) переезда несовершеннолетнего на новое место жительства (место пребывания) за пределы территории Архангельской области;

4) смерти несовершеннолетнего, объявления его умершим, признания безвестно отсутствующим в соответствии с законодательством Российской Федерации;

5) смерти гражданина, указанного в подпункте 2 пункта 2 настоящего Порядка, объявления его умершим, признания безвестно отсутствующим в соответствии с законодательством Российской Федерации;

6) отсутствия у государственного учреждения информации, указанной в пункте 16 настоящего Порядка, в отношении гражданина, указанного в подпункте 1 пункта 2 настоящего Порядка, в течение шести месяцев с даты принятия решения, указанного в подпункте 1 пункта 8 настоящего Порядка.

25. Решение о прекращении предоставления меры социальной поддержки принимается государственным учреждением в течение пяти рабочих дней со дня установления оснований, предусмотренных пунктами 23 и 24 настоящего Порядка.

VI. Порядок финансирования денежной выплаты

26. Государственное учреждение:

1) заключает соглашение с фондом об информационном взаимодействии;

2) заключает договоры с российскими кредитными организациями, указанными в заявлениях граждан, о перечислении сумм денежной выплаты;

3) осуществляет расчет и назначение денежной выплаты;

4) представляет до 22-го числа каждого месяца в министерство труда, занятости и социального развития Архангельской области (далее – министерство) заявку на финансирование по начисленным суммам денежной выплаты с учетом оплаты услуг кредитных организаций;

5) представляет в кредитные организации выплатные документы для непосредственной выплаты сумм денежной выплаты.

27. Министерство, являясь главным распорядителем средств, предусмотренных в областном бюджете на предоставление денежной выплаты, на основании заявки, представленной государственным учреждением, до 24-го числа каждого месяца представляет в министерство финансов Архангельской области (далее – министерство финансов) заявку на финансирование предоставления денежной выплаты.

28. Министерство финансов доводит объемы финансирования до министерства в соответствии со сводной бюджетной росписью областного бюджета в пределах утвержденного кассового плана областного бюджета.

29. Министерство в пределах бюджетных ассигнований и средств, зачисленных на лицевой счет, доводит объем финансирования и лимиты бюджетных обязательств до государственного учреждения и представляет в Управление Федерального казначейства по Архангельской области и Ненецкому автономному округу расходные расписания на перечисление сумм предоставляемой денежной выплаты на лицевые счета государственного учреждения.

30. Государственное учреждение в двухдневный срок со дня получения выписки со своего лицевого счета представляет в Управление Федерального казначейства по Архангельской области и Ненецкому автономному округу заявки на кассовый расход для перечисления сумм денежной выплаты.

31. Государственное учреждение до 10-го числа каждого месяца, следующего за отчетным, представляет в министерство отчет о произведенных кассовых расходах.

32. Министерство на основании представленного государственным учреждением отчета о произведенных кассовых расходах подготавливает отчет о произведенных кассовых расходах по форме, установленной министерством финансов, и представляет его до 15-го числа каждого месяца, следующего за отчетным, в министерство финансов.

33. Контроль за целевым использованием бюджетных средств, направленных на предоставление денежной выплаты, осуществляется министерством и органами государственного финансового контроля Архангельской области.

34. Ответственность за нецелевое использование бюджетных средств, направленных на предоставление денежной выплаты, несут министерство и государственное учреждение в соответствии с бюджетным законодательством Российской Федерации.



ПРИЛОЖЕНИЕ № 1
к Порядку предоставления меры социальной
поддержки гражданам, страдающим
хронической почечной недостаточностью,
в Архангельской области

(ф о р м а)

Руководителю государственного казенного
учреждения Архангельской области

« _____ »

от _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

адрес места жительства (пребывания)
на территории Архангельской области

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок,
деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)

документ, удостоверяющий личность,

(наименование)

(серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

номер контактного телефона

З А Я В Л Е Н И Е**о предоставлении меры социальной поддержки**

Прошу в соответствии с областным законом от 14 февраля 2020 года
№ 218-14-ОЗ «О социальной поддержке граждан, страдающих хронической
почечной недостаточностью, в Архангельской области» назначить ежемесячную
денежную выплату на проезд к месту нахождения _____

(наименование медицинской организации Архангельской области)

для получения специализированной медицинской помощи методами
заместительной почечной терапии (гемодиализ, перитонеальный диализ)
и обратно (далее – денежная выплата), для меня/несовершеннолетнего ребенка
(нужное подчеркнуть)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) несовершеннолетнего)

законным представителем, которого я являюсь на основании _____

(реквизиты договора о приемной семье, с кем и когда заключен – при обращении приемного родителя;
реквизиты решения (акта) органа опеки и попечительства о назначении ребенку опекуна (попечителя) –
при обращении опекуна (попечителя)

Прошу перечислять денежную выплату на счет № _____

(сведения о реквизитах счета, открытого в российской кредитной организации)

Уведомления о принимаемых решениях в ходе предоставления мне права на денежную выплату прошу направлять:

через мобильное приложение «Соцзащита»;

на адрес электронной почты: _____;

посредством СМС-сообщения на номер телефона:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

иными способами _____.

Я подтверждаю, что по указанному мною в настоящем согласии номеру мобильного телефона отсутствует блокировка на входящие СМС-сообщения с коротких номеров и буквенных адресатов _____.

(подпись)

С момента поступления на указанный мною в настоящем согласии номер мобильного телефона соответствующего СМС-сообщения, я считаюсь уведомленным (извещенным) _____.

(подпись)

В случае изменения сведений, указанных в настоящем заявлении, отсутствия необходимости оказания специализированной медицинской помощи, а также в случаях изменения места жительства (пребывания) обязуюсь сообщить об этом в государственное учреждение не позднее 10 дней со дня наступления перечисленных обстоятельств.

Достоверность и полноту настоящих сведений подтверждаю.

Я, _____,

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

действующий(ая) за себя, от имени ребенка (детей), законным представителем которого (которых) являюсь, _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) несовершеннолетнего)

(реквизиты документа, удостоверяющего личность несовершеннолетнего (серия, номер, дата выдачи, орган, выдавший документ), указываются в соответствии с реквизитами свидетельства о рождении ребенка, не достигшего 14 лет, паспорта несовершеннолетнего, достигшего возраста 14 лет)

на обработку персональных данных, указанных в настоящем заявлении и в прилагаемых к нему документах, в целях предоставления ежемесячной денежной выплаты на проезд к месту нахождения медицинской организации, расположенной на территории Архангельской области, для получения специализированной медицинской помощи и обратно в соответствии с Порядком предоставления меры социальной поддержки гражданам, страдающим хронической почечной недостаточностью, в Архангельской области, утвержденным постановлением Правительства Архангельской области от 12 октября 2012 года № 464-пп, государственным казенным

учреждением Архангельской области «_____»
_____»

(далее – оператор), расположенным по адресу: _____

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус)

о себе и ребенке (детях), законным представителем которого (которых) являюсь, в соответствии с федеральными законами от 27 июля 2006 года № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» и от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных»

(согласен/не согласен)

Настоящее согласие дается на период до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован, что могу отозвать указанное согласие путем представления оператору заявления в простой письменной форме об отзыве данного в настоящем заявлении согласия на обработку персональных данных.

Мне известны последствия отзыва данного мною в настоящем заявлении согласия на обработку персональных данных, а именно: оператор блокирует персональные данные заявителя (прекращает их сбор, систематизацию, накопление, использование, в том числе передачу).

Настоящее согласие действует со дня его подписания.

«___» _____ Г. _____
(дата) (подпись) (расшифровка подписи)

Примечание. Согласие на обработку персональных данных несовершеннолетних подписывают их законные представители.

Заполняется специалистом государственного учреждения

Заявление принял специалист _____
(подпись специалиста) (расшифровка подписи)

Регистрационный № _____ «___» _____ 20___ г.

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ

(выдается заявителю)

Заявление и документы гр. _____
принял специалист _____

Регистрационный № _____ «___» _____



ПРИЛОЖЕНИЕ № 2
к Порядку предоставления меры социальной
поддержки гражданам, страдающим
хронической почечной недостаточностью,
в Архангельской области

(ф о р м а)

Руководителю государственного казенного
учреждения Архангельской области

«_____»

от _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

адрес места жительства (пребывания)
на территории Архангельской области

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок,
деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)

документ, удостоверяющий личность,

(наименование)

(серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

номер контактного телефона

СОГЛАСИЕ

на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну

Я, _____,

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

действующий(ая) за себя, от имени ребенка (детей), законным представителем
которого (которых) являюсь, _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) несовершеннолетнего)

(реквизиты документа, удостоверяющего личность несовершеннолетнего (серия, номер, дата
выдачи, орган, выдавший документ), указываются в соответствии с реквизитами свидетельства о рождении
ребенка, не достигшего 14 лет, паспорта несовершеннолетнего, достигшего возраста 14 лет)

в целях предоставления ежемесячной денежной выплаты на проезд к месту
нахождения медицинской организации, расположенной на территории
Архангельской области, для получения специализированной медицинской
помощи и обратно в соответствии с Порядком предоставления меры
социальной поддержки гражданам, страдающим хронической почечной

недостаточностью, в Архангельской области, утвержденным постановлением Правительства Архангельской области от 12 октября 2012 года № 464-пп, на предоставление сведений о ежемесячном количестве оказанных услуг медицинской организацией специализированной медицинской помощи методами заместительной почечной терапии (гемодиализ, перитонеальный диализ), необходимых для расчета размера денежной выплаты, предоставляемых государственным казенным учреждением Архангельской области
«_____»

расположенным по адресу:

_____,
(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус)
в территориальный фонд обязательного медицинского страхования Архангельской области, расположенного по адресу: _____

_____,
(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус)
о себе и ребенке (детях), законным представителем которого (которых) являюсь, в соответствии с пунктом 3 статьи 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» _____.

(согласен/не согласен)

Настоящее согласие действует со дня его подписания.

«__» _____ г. _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)
(дата)

Примечание. Согласие на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в отношении несовершеннолетних подписывают их законные представители.

Заполняется специалистом государственного учреждения социальной защиты населения Архангельской области

Заявление принял специалист _____ (подпись специалиста) _____ (расшифровка подписи)

Регистрационный № _____ «__» _____ 20__ г.

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ

(выдается заявителю)

Заявление и документы гр. _____
принял специалист _____

Регистрационный № _____ «__» _____



ПРИЛОЖЕНИЕ № 3
к Порядку предоставления меры социальной
поддержки гражданам, страдающим
хронической почечной недостаточностью,
в Архангельской области

(ф о р м а)

Директору территориального фонда
обязательного медицинского страхования
Архангельской области

от _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

адрес места жительства (пребывания)
на территории Архангельской области

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок,
деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)

документ, удостоверяющий личность,

(наименование)

(серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

номер контактного телефона

СОГЛАСИЕ

на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну

Я, _____,

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

действующий(ая) за себя, от имени ребенка (детей), законным представителем
которого (которых) являюсь, _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) несовершеннолетнего)

(реквизиты документа, удостоверяющего личность несовершеннолетнего (серия, номер, дата выдачи, орган,
выдавший документ), указываются в соответствии с реквизитами свидетельства о рождении ребенка,
не достигшего 14 лет, паспорта несовершеннолетнего, достигшего возраста 14 лет)

в целях предоставления ежемесячной денежной выплаты на проезд к месту
нахождения медицинской организации, расположенной на территории
Архангельской области, для получения специализированной медицинской
помощи и обратно в соответствии с Порядком предоставления меры
социальной поддержки гражданам, страдающим хронической почечной
недостаточностью, в Архангельской области, утвержденным постановлением

Правительства Архангельской области от 12 октября 2012 года № 464-пп, на предоставление сведений о ежемесячном количестве оказанных услуг медицинской организацией специализированной медицинской помощи, необходимых для расчета размера денежной выплаты, предоставляемых территориальным фондом обязательного медицинского страхования Архангельской области, расположенным по адресу: _____

_____,
(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус)

в государственное казенное учреждение Архангельской области

« _____ »),

расположенное по адресу: _____

_____,
(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус)

о себе и ребенке (детях), законным представителем которого (которых) являюсь, в соответствии с пунктом 3 статьи 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» _____.

(согласен/не согласен)

Настоящее согласие действует со дня его подписания.

« ____ » _____ Г. _____
(дата) (подпись) (расшифровка подписи)

Примечание. Согласие на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в отношении несовершеннолетних подписывают их законные представители.

Заполняется специалистом государственного учреждения

Заявление принял специалист _____
(подпись специалиста) (расшифровка подписи)

Регистрационный № _____ « ____ » _____ 20 ____ г.

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ

(выдается заявителю)

Заявление и документы гр. _____
принял специалист _____

Регистрационный № _____ « ____ » _____ 20 ____



ПРИЛОЖЕНИЕ № 4
к Порядку предоставления меры социальной
поддержки гражданам, страдающим
хронической почечной недостаточностью,
в Архангельской области

Бланк медицинской организации,
оказывающей специализированную
медицинскую помощь

(рекомендуемая форма)

СПРАВКА

Гражданин _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения,

адрес места жительства)

прикреплен и является пациентом _____

(наименование медицинской организации в Архангельской области, оказывающей специализированную
медицинскую помощь)

для оказания медицинской помощи методом заместительной почечной терапии
(гемодиализ, перитонеальный диализ).

Настоящая справка выдана во исполнение Порядка предоставления
меры социальной поддержки гражданам, страдающим хронической почечной
недостаточностью, в Архангельской области, утвержденного постановлением
Правительства Архангельской области от 12 октября 2012 года № 464-пп.

_____ (дата)

Должность медицинского работника, выдавшего справку _____

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись)

Заведующий отделением _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись)

« ____ » _____ 20 ____ г.

МП

ПРИЛОЖЕНИЕ № 5
к Порядку предоставления меры социальной
поддержки гражданам, страдающим
хронической почечной недостаточностью,
в Архангельской области

РАЗМЕР

**денежной выплаты на проезд к месту нахождения медицинских
организаций для получения специализированной медицинской помощи
и обратно в связи с однократным получением специализированной
медицинской помощи**

Наименование муниципального образования Архангельской области, в котором проживает (пребывает) гражданин	Населенный пункт места нахождения медицинской организации Архангельской области, оказывающей специализированную медицинскую помощь	Размер денежной выплаты в связи с однократным получением специализированной медицинской помощи (рублей)
1	2	3
1. Вельский муниципальный район Архангельской области	г. Архангельск	3 116,0
	г. Вельск	48,0
	г. Коряжма	2 620,0
	г. Котлас	2 444,0
	г. Няндомы	1 248,0
	г. Северодвинск	3 298,0
2. Верхнетоемский муниципальный район Архангельской области	г. Архангельск	2 696,0
	г. Вельск	2 148,0
	г. Коряжма	1 300,0
	г. Котлас	1 064,0
	г. Няндомы	2 568,0
	г. Северодвинск	2 878,0
3. Вилегодский муниципальный район Архангельской области	г. Архангельск	4 256,0
	г. Вельск	3 048,0
	г. Коряжма	442,0
	г. Котлас	644,0
	г. Няндомы	4 188,0
	г. Северодвинск	4 438,0
4. Виноградовский муниципальный район Архангельской области	г. Архангельск	1 676,0
	г. Вельск	1 488,0
	г. Коряжма	2 260,0
	г. Котлас	2 024,0
	г. Няндомы	1 908,0
	г. Северодвинск	1 858,0
5. Городской округ «Город Архангельск»	г. Архангельск	56,0
	г. Вельск	3 108,0
	г. Коряжма	3 880,0
	г. Котлас	3 644,0
	г. Няндомы	3 348,0
	г. Северодвинск	340,0
6. Городской округ Архангельской области «Город Коряжма»	г. Архангельск	3 896,0
	г. Вельск	2 628,0
	г. Коряжма	40,0
	г. Котлас	254,0
	г. Няндомы	3 768,0
	г. Северодвинск	4 078,0
7. Городской округ Архангельской области «Город Новодвинск»	г. Архангельск	224,0
	г. Вельск	2 988,0
	г. Коряжма	3 700,0
	г. Котлас	3 524,0
	г. Няндомы	3 228,0
	г. Северодвинск	424,0
8. Каргопольский муниципальный район	г. Архангельск	2 876,0
	г. Вельск	1 728,0

1	2	3
Архангельской области	г. Коряжма	4 120,0
	г. Котлас	3 944,0
	г. Няндомы	540,0
	г. Северодвинск	3 118,0
9. Коношский муниципальный район Архангельской области	г. Архангельск	3 836,0
	г. Вельск	768,0
	г. Коряжма	3 340,0
	г. Котлас	3 164,0
	г. Няндомы	648,0
10. Городской округ Архангельской области «Котлас», Котласский муниципальный район Архангельской области	г. Северодвинск	4 018,0
	г. Архангельск	3 656,0
	г. Вельск	2 448,0
	г. Коряжма	250,0
	г. Котлас	44,0
	г. Няндомы	3 588,0
11. Красноборский муниципальный район Архангельской области	г. Северодвинск	3 898,0
	г. Архангельск	3 296,0
	г. Вельск	2 028,0
	г. Коряжма	628,0
	г. Котлас	434,0
	г. Няндомы	3 168,0
12. Ленский муниципальный район Архангельской области	г. Северодвинск	3 478,0
	г. Архангельск	4 796,0
	г. Вельск	3 708,0
	г. Коряжма	1 300,0
	г. Котлас	1 364,0
	г. Няндомы	4 848,0
13. Лешуконский муниципальный район Архангельской области	г. Северодвинск	5 038,0
	г. Архангельск	2 876,0
	г. Вельск	5 088,0
	г. Коряжма	5 860,0
	г. Котлас	5 624,0
	г. Няндомы	5 268,0
14. Мезенский муниципальный район Архангельской области	г. Северодвинск	3 118,0
	г. Архангельск	2 396,0
	г. Вельск	4 608,0
	г. Коряжма	5 320,0
	г. Котлас	5 144,0
	г. Няндомы	4 848,0
15. Городской округ Архангельской области «Мирный»	г. Северодвинск	2 638,0
	г. Архангельск	1 856,0
	г. Вельск	2 808,0
	г. Коряжма	4 060,0
	г. Котлас	3 824,0
	г. Няндомы	1 608,0
16. Няндомский муниципальный район Архангельской области	г. Северодвинск	2 038,0
	г. Архангельск	3 356,0
	г. Вельск	1 248,0
	г. Коряжма	3 640,0
	г. Котлас	3 464,0

1	2	3
	г. Няндама	48,0
	г. Северодвинск	3 718,0
17. Онежский муниципальный район Архангельской области	г. Архангельск	1 256,0
	г. Вельск	4 248,0
	г. Коряжма	5 140,0
	г. Котлас	4 964,0
	г. Няндама	3 048,0
	г. Северодвинск	1 018,0
18. Пинежский муниципальный район Архангельской области	г. Архангельск	1 676,0
	г. Вельск	3 828,0
	г. Коряжма	4 360,0
	г. Котлас	4 364,0
	г. Няндама	4 128,0
	г. Северодвинск	1 918,0
19. Плесецкий муниципальный район Архангельской области	г. Архангельск	1 856,0
	г. Вельск	2 748,0
	г. Коряжма	4 060,0
	г. Котлас	3 884,0
	г. Няндама	1 548,0
	г. Северодвинск	2 098,0
20. Приморский муниципальный район Архангельской области	г. Архангельск	362,0
	г. Вельск	3 408,0
	г. Коряжма	4 120,0
	г. Котлас	3 944,0
	г. Няндама	3 348,0
	г. Северодвинск	622,0
21. Городской округ Архангельской области «Северодвинск»	г. Архангельск	338,0
	г. Вельск	3 288,0
	г. Коряжма	4 060,0
	г. Котлас	3 884,0
	г. Няндама	3 588,0
	г. Северодвинск	58,0
22. Устьянский муниципальный район Архангельской области	г. Архангельск	3 296,0
	г. Вельск	468,0
	г. Коряжма	2 200,0
	г. Котлас	2 024,0
	г. Няндама	1 428,0
	г. Северодвинск	3 478,0
23. Холмогорский муниципальный район Архангельской области	г. Архангельск	524,0
	г. Вельск	2 688,0
	г. Коряжма	3 460,0
	г. Котлас	3 284,0
	г. Няндама	2 988,0
	г. Северодвинск	718,0
24. Шенкурский муниципальный район Архангельской области	г. Архангельск	2 336,0
	г. Вельск	888,0
	г. Коряжма	2 500,0
	г. Котлас	2 324,0
	г. Няндама	1 308,0
	г. Северодвинск	2 578,0

