



# ПРАВИТЕЛЬСТВО ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

## ПОСТАНОВЛЕНИЕ

От 08.02.2016

г. Вологда

№ 96

### О внесении изменений в постановление Правительства области от 10 октября 2005 года № 1059

Правительство области **ПОСТАНОВЛЯЕТ**:

1. Внести в постановление Правительства области от 10 октября 2005 года № 1059 «О Правилах выплаты инвалидам (в том числе детям-инвалидам), имеющим транспортные средства в соответствии с медицинскими показаниями, или их законным представителям компенсации уплаченной ими страховой премии по договору обязательного страхования гражданской ответственности владельцев транспортных средств» следующие изменения:

1.1 пункты 2, 3 признать утратившими силу;

1.2 в Правилах выплаты инвалидам (в том числе детям-инвалидам), имеющим транспортные средства в соответствии с медицинскими показаниями, или их законным представителям компенсации уплаченной ими страховой премии по договору обязательного страхования гражданской ответственности владельцев транспортных средств, утвержденных указанным постановлением:

пункт 2 признать утратившим силу;

в пункте 3:

в абзаце первом слова «уполномоченный орган в сфере социальной защиты населения» заменить словами «КУ ВО «Центр социальных выплат»»;

в абзаце восьмом после слов «программы реабилитации» дополнить словами «или копия индивидуальной программы реабилитации или абилитации»;

абзац девятый изложить в следующей редакции:

«Документы, предусмотренные подпунктом б настоящего пункта, не представляются заявителями из числа обеспеченных транспортным средством в соответствии с законодательством Российской Федерации бесплатно или на льготных условиях через органы местного самоуправления муниципальных районов (городских округов) области, осуществлявшие отдельные государственные полномочия в сфере социальной защиты населения области, а также заявителями, которые не были обеспечены транспортным средством, но до 1 января 2005 года состояли на учете в органах местного самоуправления муниципальных районов (городских округов) области, осуществлявших отдельные государственные полномочия в сфере социальной защиты населения области, для получения транспортного средства. Указанная информация проверяется специалистом КУ ВО «Центр социальных выплат» по электронной базе данных «Транспорт».»;

абзац седьмой пункта 3<sup>1</sup> признать утратившим силу;

в пункте 3<sup>3</sup>:

в абзаце первом слова «уполномоченный орган в сфере социальной защиты населения» заменить словами «КУ ВО «Центр социальных выплат»»;

в абзаце пятом слова «копию решения суда об усыновлении (удочерении) ребенка-инвалида или» исключить;

в абзаце шестом слова «,- в случае если опека (попечительство) установлена органом опеки и попечительства на территории Вологодской области» исключить;

в пункте 3<sup>4</sup>:

в абзаце втором слова «уполномоченный орган в сфере социальной защиты населения» заменить словами «КУ ВО «Центр социальных выплат»»;

абзац третий изложить в следующей редакции:

«Копии документов на бумажном носителе представляются с предъявлением подлинников либо заверенными в нотариальном порядке. При представле-

нии копий документов с подлинниками специалист КУ ВО «Центр социальных выплат» (многофункционального центра), осуществляющий прием документов, делает на копии отметку о ее соответствии подлиннику и возвращает подлинники заявителю (представителю заявителя) при личном обращении - в день представления документов, при направлении по почте – в течение 2 рабочих дней со дня поступления документов способом, позволяющим подтвердить факт и дату возврата.»;

в абзаце четвертом слова и цифры «2004 года № 63-ФЗ «Об электронной цифровой подписи»» заменить словами и цифрами «2011 года № 63-ФЗ «Об электронной подписи»»;

в абзаце пятом слова «уполномоченного органа в сфере социальной защиты населения» заменить словами «КУ ВО «Центр социальных выплат»»;

в абзаце седьмом слова «уполномоченный орган в сфере социальной защиты населения» заменить словами «КУ ВО «Центр социальных выплат»»;

в абзаце восьмом слова «уполномоченным органом в сфере социальной защиты населения» заменить словами «КУ ВО «Центр социальных выплат»»;

в абзаце девятом слова «уполномоченный орган в сфере социальной защиты населения» заменить словами «КУ ВО «Центр социальных выплат»»;

в абзаце десятом:

цифры «1-4» заменить цифрами «1-5», слова «уполномоченного органа в сфере социальной защиты населения» заменить словами «КУ ВО «Центр социальных выплат»»;

слова «необходимых сведений» заменить словами «необходимых документов (сведений)»;

абзац одиннадцатый признать утратившим силу;

в пункте 4:

в абзаце первом:

слова «уполномоченным органом в сфере социальной защиты населения по месту жительства (месту пребывания) заявителя» заменить словами «КУ ВО «Центр социальных выплат»»;

слова «запрашиваемых сведений» заменить словами «запрашиваемых документов (сведений)»;

в абзаце третьем слова «уполномоченный орган в сфере социальной защиты населения» заменить словами «КУ ВО «Центр социальных выплат»»;

в абзаце шестом после слов «представленных документах» дополнить словом «(сведениях)»;

пункты 5-7 признать утратившими силу;

в пункте 8 после слова «производится» дополнить словами «КУ ВО «Центр социальных выплат»»;

пункт 10 признать утратившим силу;

в пункте 11:

абзац второй признать утратившим силу;

абзац пятый изложить в следующей редакции:

«Назначенная компенсация, не полученная по вине органов местного самоуправления муниципальных районов (городских округов) области, осуществлявших отдельные государственные полномочия в сфере социальной защиты населения области, Департамента социальной защиты населения Вологодской области, КУ ВО «Центр социальных выплат», выплачивается за прошлое время без ограничения каким-либо сроком.»;

в абзаце первом пункта 12 слово «Департамент» заменить словами «Департамент социальной защиты населения Вологодской области»;

пункт 13 признать утратившим силу;

приложение 1 изложить в новой редакции согласно приложению 1 к настоящему постановлению;

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

приложение 4 изложить в новой редакции согласно приложению 3 к настоящему постановлению;

приложение 5 изложить в новой редакции согласно приложению 4 к настоящему постановлению;

приложение 6 изложить в новой редакции согласно приложению 5 к настоящему постановлению.

2. Настоящее постановление вступает в силу с 1 марта 2016 года.

Губернатор области



**О.А. Кувшинников**

Приложение 1  
к постановлению  
Правительства области  
от 08.02.2016 № 96

«Приложение 1  
к Правилам

Образец

В КУ ВО «Центр социальных выплат»

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

проживающая(ий) по адресу: \_\_\_\_\_  
(указывается адрес фактического проживания)

являющаяся(ий)ся инвалидом \_\_\_\_\_,  
(группа инвалидности)

прошу предоставить мне компенсацию в размере 50% от уплаченной страховой  
премии \_\_\_\_\_ руб. по договору обязательного страхования \_\_\_\_\_

(номер, дата выдачи страхового полиса)

в соответствии со статьей 17 Федерального закона от 25 апреля 2002 года № 40-ФЗ  
«Об обязательном страховании гражданской ответственности владельцев  
транспортных средств», так как транспортное средство \_\_\_\_\_  
(вид транспорта)

приобретено в соответствии с медицинскими показаниями.

Для направления межведомственных запросов о предоставлении сведений,  
необходимых для предоставления компенсации, сообщаю следующие данные:

Перечень данных	Данные
<b>если не представлена копия документа (страниц документа), подтверждающего регистрацию (учет) по месту жительства</b>	
Дата регистрации по месту жительства	
Адрес регистрации по месту жительства (заполняется в случае несовпадения адреса регистрации по	

месту жительства с адресом фактического проживания)	
<b>если не представлена копия документа (страниц документа), подтверждающего регистрацию (учет) по месту пребывания (для лиц, зарегистрированных на территории области по месту пребывания)</b>	
Дата регистрации по месту пребывания	
Адрес регистрации по месту пребывания (заполняется в случае несовпадения адреса регистрации по месту пребывания с адресом фактического проживания)	
<b>если гражданин, переехал из другого субъекта Российской Федерации и получал компенсацию по прежнему месту жительства (месту пребывания)</b>	
Адрес прежнего места жительства (места пребывания)	

Выплату прошу производить через:

1) организацию почтовой связи \_\_\_\_\_

2) кредитную организацию \_\_\_\_\_  
(наименование)

счет № \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись заявителя)

Сверено по электронной базе данных «Транспорт»:

получил транспортное средство через органы социальной защиты населения;

состоял на учете в органах социальной защиты населения для получения транспорта (ненужное зачеркнуть).

\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(дата и номер регистрации заявления)

\_\_\_\_\_  
(подпись специалиста)»

Приложение 2  
к постановлению  
Правительства области  
от 08.02.2016 № 96

«Приложение 3  
к Правилам

Образец

В КУ ВО «Центр социальных выплат»

от \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество заявителя)

\_\_\_\_\_,  
адрес фактического проживания:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить мне на моего ребенка / на моего подопечного  
(ненужное зачеркнуть)

\_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество ребенка / подопечного)  
являющегося инвалидом \_\_\_\_\_,  
(установлена категория «ребенок-инвалид» / группа инвалидности)  
компенсацию в размере 50 % от уплаченной страховой премии \_\_\_\_\_ руб.  
по договору обязательного страхования \_\_\_\_\_  
(номер, дата выдачи страхового полиса)

в соответствии со статьей 17 Федерального закона от 25 апреля 2002 года № 40-ФЗ  
«Об обязательном страховании гражданской ответственности владельцев  
транспортных средств», так как транспортное средство \_\_\_\_\_  
(вид транспорта)

приобретено в соответствии с медицинскими показаниями.

Для направления межведомственных запросов о предоставлении документов (сведений), необходимых для предоставления компенсации, сообщаю следующие данные:

Перечень данных	Данные
<b>если не представлена копия документа (страниц документа), подтверждающего регистрацию (учет) по месту жительства</b>	
Место и дата регистрации по месту	



жительства ребенка/подопечного	
<b>если не представлена копия документа (страниц документа), подтверждающего регистрацию (учет) по месту пребывания (для лиц, зарегистрированных на территории области по месту пребывания)</b>	
Место и дата регистрации по месту пребывания ребенка/подопечного	
<b>если не представлены копия свидетельства о рождении ребенка либо копия страниц паспорта, содержащих сведения о детях</b>	
Дата рождения ребенка	
Место рождения ребенка	
<b>если не представлена копия свидетельства об усыновлении (удочерении) ребенка (в том случае, если за компенсацией обращается усыновитель ребенка)</b>	
Дата рождения ребенка	
Дата усыновления ребенка	
Место регистрации усыновления	
Согласен на предоставление органами ЗАГС информации об усыновлении	_____ (подпись заявителя)
<b>если не представлена копия решения (акта, договора) органа опеки и попечительства об установлении над инвалидом (ребенком) опеки (попечительства), если за компенсацией обращается опекун (попечитель)</b>	
Наименование органа опеки и попечительства по месту жительства ребенка/подопечного	
<b>если гражданин, переехал из другого субъекта Российской Федерации и получал компенсацию по прежнему месту жительства (месту пребывания)</b>	
Адрес прежнего места жительства (места пребывания) ребенка / подопечного	

Выплату прошу производить через:

1) организацию почтовой связи \_\_\_\_\_

2) кредитную организацию \_\_\_\_\_  
(наименование)

счет № \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись заявителя)

Сверено по электронной базе данных «Транспорт»:

получил транспортное средство через органы социальной защиты населения;

состоял на учете в органах социальной защиты населения для получения транспорта (ненужное зачеркнуть).

\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(дата и номер регистрации заявления)

\_\_\_\_\_  
(подпись специалиста)»

Приложение 3  
к постановлению  
Правительства области  
от 08.02.2016 № 96

«Приложение 4  
к Правилам

Образец

В КУ ВО «Центр социальных выплат»

от \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество представителя)

\_\_\_\_\_  
(реквизиты документа, подтверждающего  
полномочия)

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество гражданина – доверителя)  
проживающей(ему) по адресу: \_\_\_\_\_  
(указывается адрес фактического проживания)

\_\_\_\_\_,  
являющей(ему)ся инвалидом \_\_\_\_\_,  
(группа инвалидности)

компенсацию в размере 50% от уплаченной страховой премии \_\_\_\_\_ руб.  
по договору обязательного страхования \_\_\_\_\_  
(номер, дата выдачи страхового полиса)

в соответствии со статьей 17 Федерального закона от 25 апреля 2002 года № 40-ФЗ  
«Об обязательном страховании гражданской ответственности владельцев  
транспортных средств», так как транспортное средство \_\_\_\_\_  
(вид транспорта)

приобретено в соответствии с медицинскими показаниями.

Для направления межведомственных запросов о предоставлении сведений,  
необходимых для предоставления компенсации, сообщаю следующие данные:

Перечень данных	Данные
<b>если не представлена копия документа (страниц документа), подтверждающего регистрацию (учет) по месту жительства</b>	
Дата регистрации по месту жительства	

Адрес регистрации по месту жительства (заполняется в случае несовпадения адреса регистрации по месту жительства с адресом фактического проживания)	
<b>если не представлена копия документа (страниц документа), подтверждающего регистрацию (учет) по месту пребывания (для лиц, зарегистрированных на территории области по месту пребывания)</b>	
Дата регистрации по месту пребывания	
Адрес регистрации по месту пребывания (заполняется в случае несовпадения адреса регистрации по месту пребывания с адресом фактического проживания)	
<b>если гражданин, переехал из другого субъекта Российской Федерации и получал компенсацию по прежнему месту жительства (месту пребывания)</b>	
Адрес прежнего места жительства (места пребывания) доверителя	

Выплату прошу производить через:

1) организацию почтовой связи \_\_\_\_\_

2) кредитную организацию \_\_\_\_\_  
(наименование)

счет № \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись заявителя)

Сверено по электронной базе данных «Транспорт»:

получил транспортное средство через органы социальной защиты населения;

состоял на учете в органах социальной защиты населения для получения транспорта (ненужное зачеркнуть).

\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(дата и номер регистрации заявления)

\_\_\_\_\_  
(подпись специалиста)»

Приложение 4  
к постановлению  
Правительства области  
от 08.02.2016 № 96

«Приложение 5  
к Правилам

Образец

В КУ ВО «Центр социальных выплат»

от \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество представителя)

\_\_\_\_\_  
(реквизиты документа, подтверждающего  
полномочия)

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество гражданина – доверителя)  
проживающей(ему) по адресу: \_\_\_\_\_  
(указывается адрес фактического проживания доверителя)

на его ребенка / на его подопечного \_\_\_\_\_  
(ненужное зачеркнуть) (фамилия, имя, отчество ребенка / подопечного)

\_\_\_\_\_,  
являющегося инвалидом \_\_\_\_\_,  
(установлена категория «ребенок-инвалид» / группа инвалидности)  
компенсацию в размере 50 % от уплаченной страховой премии \_\_\_\_\_ руб.  
по договору обязательного страхования \_\_\_\_\_  
(номер, дата выдачи страхового полиса)

в соответствии со статьей 17 Федерального закона от 25 апреля 2002 года № 40-ФЗ  
«Об обязательном страховании гражданской ответственности владельцев  
транспортных средств», так как транспортное средство \_\_\_\_\_  
(вид транспорта)

приобретено в соответствии с медицинскими показаниями.

Для направления межведомственных запросов о предоставлении документов (сведений), необходимых для предоставления компенсации, сообщаю следующие данные:

Перечень данных	Данные
если не представлена копия документа (страниц документа),	

<b>подтверждающего регистрацию (учет) по месту жительства</b>	
Место и дата регистрации по месту жительства ребенка / подопечного	
<b>если не представлена копия документа (страниц документа), подтверждающего регистрацию (учет) по месту пребывания (для лиц, зарегистрированных на территории области по месту пребывания)</b>	
Место и дата регистрации по месту пребывания ребенка / подопечного	
<b>если не представлены копия свидетельства о рождении ребенка либо копия страниц паспорта, содержащих сведения о детях</b>	
Дата рождения ребенка	
Место рождения ребенка	
<b>если не представлена копия свидетельства об усыновлении (удочерении) ребенка (в том случае, если за компенсацией обращается представитель усыновителя ребенка)</b>	
Дата рождения ребенка	
Дата усыновления ребенка	
Место регистрации усыновления	
<b>К заявлению прилагается письменное согласие усыновителя на предоставление органами ЗАГС информации об усыновлении</b>	
<b>если не представлена копия решения (акта, договора) органа опеки и попечительства об установлении над инвалидом (ребенком) опеки (попечительства), если за компенсацией обращается опекун (попечитель)</b>	
Наименование органа опеки и попечительства по месту жительства ребенка/подопечного	
<b>если гражданин, переехал из другого субъекта Российской Федерации и получал компенсацию по прежнему месту жительства (месту пребывания)</b>	
Адрес прежнего места жительства (места пребывания) ребенка / подопечного	

Выплату прошу производить через:

1) организацию почтовой связи \_\_\_\_\_

2) кредитную организацию \_\_\_\_\_  
(наименование)

счет № \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись заявителя)

Сверено по электронной базе данных «Транспорт»:

получил транспортное средство через органы социальной защиты населения;

состоял на учете в органах социальной защиты населения для получения транспорта (ненужное зачеркнуть).

\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(дата и номер регистрации заявления)

\_\_\_\_\_  
(подпись специалиста)»

Приложение 5  
к постановлению  
Правительства области  
от 08.02.2016 № 96

«Приложение 6  
к Правилам

Образец

### РЕШЕНИЕ

от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
о назначении компенсации страховой премии  
по договору обязательного страхования гражданской  
ответственности владельцев транспортных средств

1. Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Отчество \_\_\_\_\_

2. Год рождения \_\_\_\_\_

3. Адрес места жительства \_\_\_\_\_

4. Причина и группа инвалидности \_\_\_\_\_

5. Инвалидность установлена (бессрочно или на срок очередного переосвидетельствования) \_\_\_\_\_

6. Дата получения (приобретения) транспортного средства \_\_\_\_\_

7. Условия получения (приобретения) транспортного средства \_\_\_\_\_

8. Марка, модель транспортного средства \_\_\_\_\_

9. Срок страхования \_\_\_\_\_

10. Период использования транспортного средства в течение срока страхования \_\_\_\_\_

11. Уплаченная сумма страховой премии \_\_\_\_\_

12. Сумма компенсации страховой премии \_\_\_\_\_

13. Выплату компенсации производить через:  
организацию почтовой связи \_\_\_\_\_

кредитную организацию \_\_\_\_\_

счет № \_\_\_\_\_

Руководитель  
КУ ВО «Центр социальных выплат» \_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.»