



ПРАВИТЕЛЬСТВО ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

От 23.04.2018

г. Вологда

№ 367

О внесении изменений в постановление Правительства области от 31 января 2005 года № 76

Правительство области **ПОСТАНОВЛЯЕТ:**

1. Внести в постановление Правительства области от 31 января 2005 года № 76 «Об утверждении Порядка предоставления компенсации транспортных расходов малоимущим беременным женщинам, направляемым для диспансеризации, консультации, лечения и родов в медицинские организации» следующие изменения:

1.1 в наименовании после слова «диспансеризации,» дополнить словами «пренатальной диагностики,»;

1.2 в пункте 1 после слова «диспансеризации,» дополнить словами «пренатальной диагностики,»;

1.3 в Порядке предоставления компенсации транспортных расходов малоимущим беременным женщинам, направляемым для диспансеризации, консультации, лечения и родов в медицинские организации, утвержденном указанным постановлением:

в наименовании после слова «диспансеризации,» дополнить словами «пренатальной диагностики,»;

пункт 1 изложить в следующей редакции:

«1. Настоящий Порядок определяет механизм предоставления компенсации транспортных расходов, установленной статьей 7 закона области от 16 марта 2015 года № 3602-ОЗ «Об охране семьи, материнства, отцовства и детства в Вологодской области» (далее - компенсация транспортных расходов), малоимущим беременным женщинам, направляемым медицинскими организациями области, участвующими в реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Вологодской области (далее – медицинские организации), в медицинские организации для диспансеризации, пренатальной диагностики, консультации, лечения и родов.»;

в пункте 4:

абзац второй дополнить словами «, - в случае направления заявления по почте»;

в абзаце третьем после слова «диспансеризацию,» дополнить словами «пренатальную диагностику,»;

в абзаце восьмом слова «или военного билета» исключить;

в пункте 5:

в абзаце первом слова и цифру «указанным в пункте 4» заменить словами и цифрой «предусмотренным подпунктами «б» - «д» пункта 4»;

абзац второй дополнить словами «, - в случае направления заявления представителем заявителя по почте»;

пункт 6 дополнить подпунктом «д» следующего содержания:

«; д) копию военного билета - в случае если член семьи заявителя проходил военную службу по призыву в период, указанный в пункте 2 настоящего Порядка»;

пункт 7 изложить в следующей редакции:

«7. Заявление и прилагаемые документы представляются в КУ ВО «Центр социальных выплат» путем личного обращения либо направляются посредством почтовой связи или в электронной форме с использованием федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и му-

ниципальных услуг (функций)» (далее - Единый портал), в многофункциональный центр – путем личного обращения.»;

пункт 10 изложить в следующей редакции:

«10. В случае если с заявлением не представлены или представлены не все необходимые документы, обязанность по представлению которых возложена на заявителя (представителя заявителя):

КУ ВО «Центр социальных выплат» (многофункциональный центр) возвращает заявителю (представителю заявителя) заявление и документы, представленные лично, в день их представления (при направлении по почте - в течение 2 рабочих дней со дня поступления заявления и документов способом, позволяющим подтвердить факт и дату возврата) с указанием недостающих документов;

при направлении заявления и документов посредством Единого портала КУ ВО «Центр социальных выплат» уведомляет заявителя (представителя заявителя) о недостающих документах в течение 2 рабочих дней со дня их поступления.»;

в пункте 11 после слов «настоящего Порядка,» дополнить словами «а также в случае несоответствия фамилии, имени, отчества заявителя и (или) члена семьи заявителя в представленных документах»;

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

приложение 2 к Порядку изложить в новой редакции согласно приложению 2 к настоящему постановлению.

2. Настоящее постановление вступает в силу по истечении 10 дней после дня его официального опубликования.

Губернатор области



О.А. Кувшинников

Приложение 1
к постановлению
Правительства области
от 23.04.2018 № 367

«Приложение 1 к Порядку

Образец

В КУ ВО «Центр социальных выплат»

ЗАЯВЛЕНИЕ
О НАЗНАЧЕНИИ КОМПЕНСАЦИИ ТРАНСПОРТНЫХ РАСХОДОВ БЕРЕ-
МЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ, НАПРАВЛЯЕМЫМ ДЛЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ,
ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ, КОНСУЛЬТАЦИИ, ЛЕЧЕНИЯ И РОДОВ
В МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)

_____,
проживающая(ий) по адресу: _____,
(указывается адрес фактического проживания)

сведения о регистрации по месту жительства: _____
(указываются на основании записи

_____ в паспорте или в ином документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства)

сведения о регистрации (учете) по месту пребывания: _____
(указываются на

_____ основании документа, подтверждающего регистрацию (учет) по месту пребывания)

телефоны: раб. _____, дом. _____,

документ, удостоверяющий личность:

наименование			
серия		дата выдачи	
номер		дата рождения	
кем выдан			

прошу назначить компенсацию транспортных расходов за совершенную поездку
в медицинскую организацию:

№	Цель поездки	Дата поездки

Сообщаю, что общий доход семьи, состоящей из _____ человек, за 6 месяцев, предшествующих месяцу поездки, составил: _____ руб.

Месяц, год	Сведения о доходах семьи (руб.)	
	подтверждены документально	без представления документов

Прошу исключить из общей суммы дохода семьи алименты в сумме _____ руб. _____ коп., удерживаемые по _____
(основание для удержания алиментов, _____
фамилия, имя, отчество лица в пользу которого производятся удержания)

Для направления межведомственных запросов о предоставлении сведений, необходимых для назначения компенсации транспортных расходов, сообщаю следующие данные:

Перечень данных	Данные
если в доход семьи, учитываемый при исчислении величины среднедушевого дохода, включаются пенсии, компенсации	
СНИЛС, Ф.И.О. членов семьи, наименование органа, назначившего пенсию, компенсацию	
если в доход семьи, учитываемый при исчислении величины среднедушевого дохода, включается доход индивидуального предпринимателя	
ИНН и Ф.И.О. физического лица (индивидуального предпринимателя)	
если в период шесть месяцев, предшествующих месяцу поездки, заявителю или члену его семьи Фондом социального страхования выплачивалось:	указать наименование регионального отделения Фонда социального страхования, осуществившего выплату
пособие по временной нетрудоспособности	
пособие по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием	

пособие по беременности и родам, единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности	
ежемесячное пособие по уходу за ребенком	
если в период шесть месяцев, предшествующих месяцу поездки, член семьи заявителя проходил военную службу по призыву	
Ф.И.О. члена семьи заявителя, призванного на военную службу	
Место призыва	
если не представлена копия свидетельства о рождении ребенка	
Ф.И.О. ребенка	
Дата и место рождения	
Место регистрации рождения	
если не представлены копия документа, содержащего сведения о семейном положении, либо копия свидетельства о заключении (расторжении) брака	
Ф.И.О. супруга, с которым заключен брак	
Место регистрации брака	
Ф.И.О. супруга, с которым расторгнут брак	
Место регистрации расторжения брака	
в случае несоответствия фамилии, имени, отчества заявителя и (или) члена семьи заявителя в представленных документах	
Предыдущие персональные данные:	
Ф.И.О.	
Место изменения (перемены)	

Прошу перечислить компенсацию транспортных расходов в:

_____.
(реквизиты, по которым будет осуществляться выплата)

«__» _____ 20__ г.
(дата подачи заявления)

(подпись заявителя)

«__» _____ 20__ г.
(дата регистрации заявления)

(подпись специалиста)»

Приложение 2
к постановлению
Правительства области
от 23.04.2018 № 367

«Приложение 2 к Порядку

Образец

В КУ ВО «Центр социальных выплат»
от _____
(фамилия, имя, отчество, паспортные данные,
реквизиты документа, подтверждающего полномочия
представителя заявителя)

ЗАЯВЛЕНИЕ

О НАЗНАЧЕНИИ КОМПЕНСАЦИИ ТРАНСПОРТНЫХ РАСХОДОВ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ, НАПРАВЛЯЕМЫМ ДЛЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ, ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ, КОНСУЛЬТАЦИИ, ЛЕЧЕНИЯ И РОДОВ В МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ

Прошу назначить _____,
(фамилия, имя, отчество заявителя)
_____,
родившейся _____,
(день, месяц и год рождения)
проживающей(ему) по адресу: _____,
(указывается адрес фактического проживания)
сведения о регистрации по месту жительства: _____,
(указываются на основании записи
в паспорте доверителя или в ином документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства)
сведения о регистрации (учете) по месту пребывания: _____,
(указываются на
_____ основании документа, подтверждающего регистрацию (учет) по месту пребывания)
телефоны: раб. _____, дом. _____,

компенсацию транспортных расходов за совершенную поездку в медицинскую организацию:

№	Цель поездки	Дата поездки

Сообщаю, что общий доход семьи, состоящей из _____ человек, за 6 месяцев, предшествующих месяцу поездки, составил:

_____ руб.

Месяц, год	Сведения о доходах семьи (руб.)	
	подтверждены документально	без представления документов

Прошу исключить из общей суммы дохода семьи алименты в сумме _____ руб. _____ коп., удерживаемые по _____

(основание для удержания алиментов,

_____ фамилия, имя, отчество лица в пользу которого производятся удержания)

Для направления межведомственных запросов о предоставлении сведений, необходимых для назначения компенсации транспортных расходов, сообщаю следующие данные:

Перечень данных	Данные
если в доход семьи, учитываемый при исчислении величины среднедушевого дохода, включаются пенсии, компенсации	
СНИЛС, Ф.И.О. членов семьи, наименование органа, назначившего пенсию, компенсацию	
если в доход семьи, учитываемый при исчислении величины среднедушевого дохода, включается доход индивидуального предпринимателя	
ИНН и Ф.И.О. физического лица (индивидуального предпринимателя)	
если в период шесть месяцев, предшествующих месяцу поездки, заявителю или члену его семьи Фондом социального страхования выплачивалось:	указать наименование регионального отделения Фонда социального страхования, осуществившего выплату
пособие по временной нетрудоспособности	
пособие по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием	
пособие по беременности и родам, единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреж-	

денях в ранние сроки беременности	
ежемесячное пособие по уходу за ребенком	
если в период шесть месяцев, предшествующих месяцу поездки, член семьи заявителя проходил военную службу по призыву	
Ф.И.О. члена семьи заявителя, призванного на военную службу	
Место призыва	
если не представлена копия свидетельства о рождении ребенка	
Ф.И.О. ребенка	
Дата и место рождения	
Место регистрации рождения	
если не представлены копия документа, содержащего сведения о семейном положении, либо копия свидетельства о заключении (расторжении) брака	
Ф.И.О. супруга, с которым заключен брак	
Место регистрации брака	
Ф.И.О. супруга, с которым расторгнут брак	
Место регистрации расторжения брака	
в случае несоответствия фамилии, имени, отчества заявителя и (или) члена семьи заявителя в представленных документах	
Предыдущие персональные данные:	
Ф.И.О.	
Место изменения (перемены)	

Прошу перечислить компенсацию транспортных расходов в:

_____ (реквизиты, по которым будет осуществляться выплата)

«__» _____ 20__ г.
(дата подачи заявления)

(подпись представителя заявителя)

«__» _____ 20__ г.
(дата регистрации заявления)

(подпись специалиста)»