



ПРАВИТЕЛЬСТВО ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

От 21.10.2019

г. Вологда

№ 984

О внесении изменений в постановление Правительства области от 19 декабря 2006 года № 1334

Правительство области **ПОСТАНОВЛЯЕТ:**

1. Внести в Порядок назначения и выплаты ежемесячной денежной компенсации в возмещение вреда (приложение 1), утвержденный постановлением Правительства области от 19 декабря 2006 года № 1334, следующие изменения:

абзацы седьмой и восьмой пункта 3 признать утратившими силу;

пункт 4¹ дополнить абзацами следующего содержания:

«; - копию справки федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы, подтверждающей факт установления инвалидности умершему кормильцу (в случае смерти инвалидов вследствие чернобыльской катастрофы);

- копию справки федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы, подтверждающей факт установления инвалидности заявителю (для лиц, не достигших на дату обращения 55 лет женщинами и 60 лет мужчинами)»;

в пункте 5:

абзац шестой дополнить словами «При поступлении в КУ ВО «Центр социальных выплат» в рамках межведомственного взаимодействия информации об отсутствии сведений об инвалидности умершего кормильца и (или) заявителя в

федеральном реестре инвалидов КУ ВО «Центр социальных выплат» не позднее дня, следующего за днем поступления указанной информации, направляет заявителю (представителю заявителя) уведомление о необходимости представить документы, предусмотренные абзацами шестым и (или) седьмым пункта 4¹ настоящего Порядка. Уведомление направляется способом, позволяющим подтвердить факт и дату направления уведомления.»;

дополнить абзацем следующего содержания:

«Заявитель (представитель заявителя) в течение 10 рабочих дней со дня получения уведомления обязан представить документы, предусмотренные абзацами шестым и (или) седьмым пункта 4¹ настоящего Порядка.»;

пункт 7 изложить в следующей редакции:

«7. Решение о назначении (об отказе в назначении) компенсации принимается КУ ВО «Центр социальных выплат» не позднее 8 рабочих дней со дня регистрации заявления, а в случае направления межведомственных запросов - со дня получения КУ ВО «Центр социальных выплат» (многофункциональным центром) всех запрашиваемых документов (сведений), за исключением случая, предусмотренного абзацем вторым настоящего пункта.

В случае направления уведомления заявителю (представителю заявителя) в соответствии с абзацем шестым пункта 5 настоящего Порядка решение о назначении (об отказе в назначении) компенсации принимается КУ ВО «Центр социальных выплат» не позднее 8 рабочих дней со дня истечения срока, указанного в абзаце седьмом пункта 5 настоящего Порядка.

В случае принятия решения об отказе в назначении компенсации КУ ВО «Центр социальных выплат» в срок не позднее 3 рабочих дней со дня принятия решения направляет заявителю уведомление об отказе в назначении компенсации с указанием причин отказа и порядка обжалования принятого решения.

Основаниями для отказа в назначении компенсации являются:

- выявление противоречий в сведениях, содержащихся в представленных документах (сведениях);
- отсутствие у заявителя на день подачи заявления права на компенсацию;

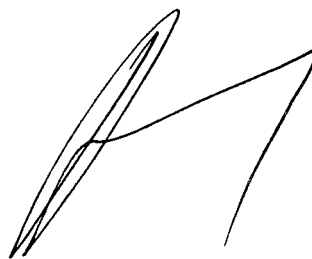
- непредставление документов в соответствии с абзацем седьмым пункта 5 настоящего Порядка в течение 10 рабочих дней со дня получения уведомления.»;

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

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

2. Настоящее постановление вступает в силу с 1 июля 2020 года.

**По поручению Губернатора области
первый заместитель
Губернатора области,
председатель Правительства области**



А.В. Кольцов

Приложение 1
к постановлению
Правительства области
от 21.10.2019 № 984

«Приложение 1
к Порядку

Образец

В КУ ВО «Центр социальных выплат»

ЗАЯВЛЕНИЕ

о назначении ежемесячной денежной компенсации в возмещение вреда

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)
паспорт: _____ № _____,
(серия) (кем выдан, дата выдачи)
проживающий(ая) по адресу:
адрес регистрации по месту жительства: _____
(указываются на основании записи в паспорте)
_____,
(или в документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства)
адрес регистрации по месту пребывания: _____
(указываются на основании документа,
_____,
подтверждающего регистрацию по месту пребывания)
телефон: _____

_____ ,
прошу назначить мне ежемесячную денежную компенсацию в возмещение вреда
(далее – компенсация) в соответствии со статьей 3.1 закона области от 10 мая
2000 года № 491-ОЗ «О дополнительном материальном обеспечении граждан,
подвергшихся воздействию радиации вследствие радиационных катастроф, ава-
рий, ядерных испытаний, а также членов их семей».

Предоставленную мне компенсацию прошу перечислять _____

_____ .
(номер счета и отделения кредитной организации или индекс отделения связи)

Уведомлен(а) о том, что при изменении указанных мной номера счета,
отделения кредитной организации, индекса отделения связи, паспортных
данных (серия, номер, кем и когда выдан) необходимо представить в КУ ВО
«Центр социальных выплат» заявление с указанием новых реквизитов.

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

Перечень данных	Данные
если заявителем не представлена копия свидетельства о браке	
Ф.И.О. супруга	
Дата рождения супруга	
Дата регистрации брака	
Место регистрации брака	
если заявителем не представлена копия свидетельства о смерти кормильца	
Ф.И.О. умершего кормильца	
Дата рождения умершего кормильца	
Дата смерти	
Наименование органа ЗАГС по месту регистрации смерти	
Дата регистрации смерти	
если заявителем не представлена справка федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы, подтверждающая факт установления инвалидности умершему кормильцу (в случае смерти инвалидов вследствие чернойбыльской катастрофы)	
Ф.И.О. умершего кормильца	
Дата рождения умершего кормильца	
Наименование федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы, установившего инвалидность	
Дата установления инвалидности	
если заявителем не представлена справка федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы, подтверждающая факт установления инвалидности заявителю (для лиц, не достигших на дату обращения 55 лет женщинами и 60 лет - мужчинами)	
Ф.И.О. заявителя	
Дата рождения заявителя	
Наименование федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы, установившего инвалидность	
Дата установления инвалидности	

Обязуюсь письменно сообщить в КУ ВО «Центр социальных выплат» в течение 14 дней о наступлении обстоятельств, влекущих прекращение выплаты компенсации (выезд за пределы Вологодской области на постоянное место жительства со снятием с регистрационного учета, назначение аналогичной выплаты по федеральному законодательству, вступление в повторный брак, утрата получателем права на компенсацию).

« ____ » _____ 20 ____ г .

(подпись заявителя)

« ____ » _____ 20 ____ г. № _____
(дата и номер регистрации заявления)

(подпись специалиста)

В автоматизированной информационной системе, содержащей базы данных получателей мер социальной поддержки, получателем аналогичной компенсации по федеральному законодательству заявитель не значится.

(подпись)

/ _____
(расшифровка подписи специалиста, осуществившего сверку данных)»

Приложение 2
к постановлению
Правительства области
от 21.10.2019 № 984

«Приложение 2
к Порядку

Образец

В КУ ВО «Центр социальных выплат»

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу назначить _____
(фамилия, имя, отчество заявителя)
_____ проживающему по адресу:
сведения о регистрации по месту жительства заявителя _____
(указываются на основании _____,
записи в паспорте или в документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства)
адрес регистрации по месту пребывания: _____
(указываются на основании документа, _____,
подтверждающего регистрацию по месту пребывания)
паспорт заявителя: _____ № _____,
(серия) _____ (кем выдан, дата выдачи)
телефон: _____,
ежемесячную денежную компенсацию в возмещение вреда (далее – компенса-
ция) в соответствии со статьей 3.1 закона области от 10 мая 2000 года № 491-ОЗ
«О дополнительном материальном обеспечении граждан, подвергшихся воздей-
ствию радиации вследствие радиационных катастроф, аварий, ядерных испыта-
ний, а также членов их семей».

Прошу перечислять компенсацию в _____
(номер счета и отделения кредитной организации или индекс отделения связи)

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

Перечень данных	Данные
если не представлена копия свидетельства о браке	
Ф.И.О. супруга	
Дата рождения супруга	
Дата регистрации брака	

Место регистрации брака	
если заявителем не представлена копия свидетельства о смерти кормильца	
Ф.И.О. умершего кормильца	
Дата рождения умершего кормильца	
Дата смерти	
Наименование органа ЗАГС по месту регистрации смерти	
Дата регистрации смерти	
если не представлена справка федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы, подтверждающая факт установления инвалидности умершему кормильцу (в случае смерти инвалидов вследствие чернойбыльской катастрофы)	
Ф.И.О. умершего кормильца	
Дата рождения умершего кормильца	
Наименование федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы, установившего инвалидность	
Дата установления инвалидности	
если не представлена справка федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы, подтверждающая факт установления инвалидности заявителю (для лиц, не достигших на дату обращения 55 лет женщинами и 60 лет - мужчинами)	
Ф.И.О. заявителя	
Дата рождения заявителя	
Наименование федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы, установившего инвалидность	
Дата установления инвалидности	

« ____ » _____ 20 ____ г.

(подпись заявителя)

« ____ » _____ 20 ____ г. № _____
(дата и номер регистрации заявления)

(подпись специалиста)

В автоматизированной информационной системе, содержащей базы данных получателей мер социальной поддержки, получателем аналогичной компенсации по федеральному законодательству заявитель не значится.

_____/_____
(подпись) (расшифровка подписи специалиста, осуществившего сверку данных)»