



ПРАВИТЕЛЬСТВО ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

От 05.11.2019

г. Вологда

№ 1041

О внесении изменений в постановление Правительства области от 20 декабря 2004 года № 1181

Правительство области **ПОСТАНОВЛЯЕТ:**

1. Внести в Порядок назначения и выплаты ежемесячного пособия на ребенка-инвалида, ребенка, являющегося ВИЧ-инфицированным, утвержденный постановлением Правительства области от 20 декабря 2004 года № 1181, следующие изменения:

подпункт «в» пункта 5 признать утратившим силу;

пункт 7 дополнить подпунктом «и» следующего содержания:

«; и) копию справки федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы, подтверждающей факт установления инвалидности ребенку (в случае, если ребенок является инвалидом).»;

пункт 7¹ дополнить словами следующего содержания:

«При поступлении в КУ ВО «Центр социальных выплат» в рамках межведомственного взаимодействия информации об отсутствии сведений об инвалидности ребенка 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 документ, предусмотренный подпунктом «и» пункта 7 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 документ, предусмотренный подпунктом «и» пункта 7 настоящего Порядка.»;

пункт 13 изложить в следующей редакции:

«13. Решение о назначении (об отказе в назначении) ежемесячного пособия принимается КУ ВО «Центр социальных выплат» не позднее 10 рабочих дней со дня регистрации заявления о назначении ежемесячного пособия, а в случае направления межведомственного(ых) запроса(ов) - 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 первым пункта 7¹ настоящего Порядка решение о назначении (об отказе в назначении) ежемесячного пособия принимается КУ ВО «Центр социальных выплат» не позднее 10 рабочих дней со дня истечения срока, указанного в абзаце втором пункта 7¹ настоящего Порядка.

В случае принятия решения об отказе в назначении ежемесячного пособия КУ ВО «Центр социальных выплат» в срок не позднее 2 рабочих дней со дня принятия решения направляет заявителю уведомление об отказе в назначении ежемесячного пособия с указанием причин отказа и порядка обжалования принятого решения.

Основаниями для отказа в назначении ежемесячного пособия являются:

выявление противоречий в сведениях, содержащихся в представленных документах (сведениях);

отсутствие у заявителя на день подачи заявления права на ежемесячное пособие;

непредставление документа в соответствии с абзацем вторым пункта 7¹

настоящего Порядка в течение 10³ рабочих дней со дня получения уведомления.»;

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 с 1 июля 2020 года.

Губернатор области



О.А. Кувшинников

Приложение 1
к постановлению
Правительства области
от 05.11.2019 № 1041

«Приложение 1
к Порядку

Образец

В КУ ВО «Центр социальных выплат»

**ЗАЯВЛЕНИЕ
О НАЗНАЧЕНИИ ЕЖЕМЕСЯЧНОГО ПОСОБИЯ
НА РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА, РЕБЕНКА,
ЯВЛЯЮЩЕГОСЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество,

статус по отношению к ребенку (родитель, усыновитель, опекун, попечитель,
приемный родитель)
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 по месту пребывания)
телефоны: раб. _____, дом. _____,
документ, удостоверяющий личность:

наименование			
серия		дата выдачи	
номер		дата рождения	
кем выдан			

прошу назначить ежемесячное пособие на ребенка-инвалида, ребенка,

являющегося ВИЧ-инфицированным (нужное подчеркнуть):

№ п/п	Фамилия, имя, отчество ребенка	День, месяц и год рождения
1.		
2.		

по следующему основанию:

(основание назначения ежемесячного пособия отметить знаком "V")

1) являюсь одним из родителей (усыновителей, опекунов, попечителей, приемных родителей) в малоимущей семье ☐.

Сообщаю, что общий доход семьи, состоящей из _____ человек, за шесть месяцев, предшествующих месяцу обращения за назначением ежемесячного пособия, 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., удерживаемые по _____

(основание для удержания алиментов, _____;

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

2) являюсь одиноким родителем (усыновителем, опекуном, попечителем, приемным родителем), воспитывающим ребенка-инвалида, ребенка, являющегося ВИЧ-инфицированным ☐.

3) являюсь одним из родителей (усыновителей, опекунов, попечителей, приемных родителей), который не работает в связи с осуществлением ухода за ребенком-инвалидом, ребенком, являющимся ВИЧ-инфицированным ☐.

Для направления межведомственных запросов о предоставлении сведений, необходимых для назначения ежемесячного пособия, сообщаю следующие дан-

ные:

Перечень данных	Данные
если не представлена копия свидетельства о рождении ребенка (детей)	
Ф.И.О. ребенка	
Дата рождения ребенка	
Место рождения	
Место регистрации рождения	
если не представлена копия страниц документа, удостоверяющего личность заявителя, содержащих 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	
если не представлена копия акта органа опеки и попечительства о назначении ребенку опекуна (попечителя) (в случае, если за ежемесячным пособием обращается опекун, попечитель, приемный родитель)	
Ф.И.О. ребенка	
Дата установления опеки (попечительства)	
Орган опеки и попечительства, установивший опеку (попечительство)	
если не представлена копия свидетельства об усыновлении (удочерении) ребенка (в случае, если заявитель является усыновителем, который не указан в качестве родителя в документе, подтверждающем факт рождения ребенка)	
Сведения из свидетельства об усыновлении (удочерении):	
Ф.И.О. усыновленного ребенка	
Дата усыновления	

Место усыновления	
Согласен на предоставление органами ЗАГС информации об усыновлении	_____ (подпись заявителя)
если не представлена копия свидетельства о смерти другого родителя, супруга (усыновителя, опекуна, попечителя, приемного родителя) (в случае, если заявитель является одиноким родителем (усыновителем, опекуном, попечителем, приемным родителем))	
Сведения из свидетельства о смерти другого родителя, супруга:	
Ф.И.О. умершего родителя, супруга	
Дата рождения умершего родителя, супруга	
Дата смерти	
Место регистрации смерти	
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 за шесть месяцев, предшествующих месяцу обращения, 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 за шесть месяцев, предшествующих месяцу обращения, заявитель или член его семьи проходил военную службу по призыву	
Ф.И.О. члена семьи заявителя, призванного на военную службу	
Место призыва	
Дата призыва	
Номер воинской части или ее наименование	
для назначения ежемесячного пособия независимо от доходов семьи неработающему в связи с осуществлением ухода за ребенком-инвалидом родителю (усыновителю, опекуну, попечителю, приемному родителю)	
СНИЛС и Ф.И.О. родителя (усыновителя, опекуна, попечителя, приемного родителя), который через органы Пенсионного фонда Российской Федерации получает компенсацию неработающему трудоспособному лицу, осуществляющему уход за ребенком-инвалидом, ребенком, являющимся ВИЧ-инфицированным	
в случае несоответствия фамилии, имени, отчества заявителя и (или) ребенка (детей) в представленных документах	
Предыдущие персональные данные:	
Ф.И.О.	
Место изменения (перемены)	
Дата изменения (перемены)	
Документ, подтверждающий (изменения) перемену	

если не представлена копия справки федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы, подтверждающей факт установления инвалидности ребенку (в случае, если ребенок является инвалидом)

Ф.И.О. ребенка	
Дата рождения ребенка	
Наименование федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы, установившего инвалидность	
Дата установления инвалидности	

Прошу перечислять ежемесячное пособие в

_____.
(реквизиты, по которым будет осуществляться выплата)

Подтверждаю, что мне разъяснено:

о необходимости представлять документы, подтверждающие доходы или отсутствие доходов семьи, обязанность по представлению которых возложена на заявителя, и о том, что в случае непредставления указанных документов по истечении 12 месяцев, начиная с месяца их предыдущего представления в КУ ВО «Центр социальных выплат» (многофункциональный центр) выплата ежемесячного пособия мне будет прекращена _____;

(подпись заявителя)

об обязанности извещать КУ ВО «Центр социальных выплат» о наступлении обстоятельства, влекущего прекращение выплаты ежемесячного пособия, об изменении сведений в документе, удостоверяющем личность получателя (фамилии, имени, отчества, номера, серии (при наличии), наименования кредитной организации и (или) номера счета или индекса отделения почтовой связи, указанных в заявлении, в срок, не превышающий 5 рабочих дней со дня наступления такого обстоятельства либо со дня изменения указанных сведений.

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

(подпись заявителя)

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

(подпись специалиста)»

Приложение 2
к постановлению
Правительства области
от 05.11.2019 № 1041

«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 ЕЖЕМЕСЯЧНОГО ПОСОБИЯ
НА РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА, РЕБЕНКА,
ЯВЛЯЮЩЕГОСЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ**

Прошу назначить _____,
(фамилия, имя, отчество доверителя,
его статус по отношению к ребенку (родитель, усыновитель, опекун,
попечитель, приемный родитель)
родившей(ему)ся _____,
(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. _____,
ежемесячное пособие на ребенка-инвалида, ребенка, являющегося
ВИЧ-инфицированным (нужное подчеркнуть):

№ п/п	Фамилия, имя, отчество ребенка	День, месяц и год рождения
1.		
2.		

по следующему основанию:

(основание назначения ежемесячного пособия отметить знаком "V")

1) является одним из родителей (усыновителей, опекунов, попечителей, приемных родителей) в малоимущей семье ☐.

Сообщаю, что общий доход семьи, состоящей из _____ человек, за шесть месяцев, предшествующих месяцу обращения за назначением ежемесячного пособия, 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.,
удерживаемые по _____
(основание для удержания алиментов, фамилия, имя, отчество лица, _____;
в пользу которого производятся удержания)

2) является одиноким родителем (усыновителем, опекуном, попечителем, приемным родителем), воспитывающим ребенка-инвалида, ребенка, являющегося ВИЧ-инфицированным ☐.

3) является одним из родителей (усыновителей, опекунов, попечителей, приемных родителей), который не работает в связи с осуществлением ухода за ребенком-инвалидом, ребенком, являющимся ВИЧ-инфицированным ☐.

Для направления межведомственных запросов о предоставлении сведений, необходимых для назначения ежемесячного пособия, сообщаю следующие дан-

ные:

Перечень данных	Данные
если не представлена копия свидетельства о рождении ребенка (детей)	
Ф.И.О. ребенка	
Дата рождения ребенка	
Место рождения	
Место регистрации рождения	
если не представлена копия страниц документа, удостоверяющего личность заявителя, содержащих 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	
если не представлена копия акта органа опеки и попечительства о назначении ребенку опекуна (попечителя) (в случае, если за ежемесячным пособием обращается опекун (попечитель))	
Ф.И.О. ребенка	
Дата рождения ребенка	
Дата установления опеки	
Орган опеки и попечительства, установивший опеку (попечительство)	
если не представлена копия свидетельства об усыновлении (удочерении) ребенка (в случае, если заявитель является усыновителем, который не указан в качестве родителя в документе, подтверждающем факт рождения ребенка)	
Сведения из свидетельства об усыновлении (удочерении):	
Ф.И.О. усыновленного ребенка	
Дата усыновления	

Место усыновления	
если не представлена копия свидетельства о смерти другого родителя (супруга, усыновителя, опекуна, попечителя) (в случае, если заявитель является одиноким родителем (усыновителем, опекуном, попечителем))	
Сведения из свидетельства о смерти другого родителя (супруга, усыновителя, опекуна, попечителя):	
Ф.И.О. умершего	
Дата рождения умершего	
Дата смерти	
Место регистрации смерти	
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 за период шести месяцев, предшествующих месяцу обращения, 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 за период шести месяцев, предшествующих месяцу обращения, заявитель или член его семьи проходил военную службу по призыву	
Ф.И.О. члена семьи заявителя, призванного на военную службу	
Место призыва	
Дата призыва	
Номер воинской части или ее наименование	
для назначения ежемесячного пособия на детей, родители которых уклоняются от уплаты алиментов и проживают в иностранном государстве	
Субъект Российской Федерации, в котором проживал должник до выезда на постоянное место жительства за границу	
для назначения ежемесячного пособия на детей, родители которых уклоняются от уплаты алиментов и находятся в розыске органами внутренних дел	
Отдел органов внутренних дел, которым объявлен розыск должника	
Отдел судебных приставов, в который направлено для исполнения решение суда об удержании алиментов	
для назначения ежемесячного пособия на детей, родители которых уклоняются от уплаты алиментов и находятся в розыске отделом судебных приставов	
Отдел судебных приставов, которым объявлен розыск должника	
для назначения ежемесячного пособия на ребенка независимо от доходов семьи неработающему в связи с осуществлением ухода за ребенком-инвалидом, ребенком, являющимся ВИЧ-инфицированным, родителю (усыновителю, опекуну, попечителю)	
СНИЛС и Ф.И.О. родителя (усыновителя, опекуна, попечителя),	

который через органы Пенсионного фонда Российской Федерации получает компенсацию неработающему трудоспособному лицу, осуществляющему уход за ребенком-инвалидом	
в случае несоответствия фамилии, имени, отчества заявителя и (или) ребенка (детей) в представленных документах	
Предыдущие персональные данные:	
Ф.И.О.	
Место изменения (перемены)	
Дата изменения (перемены)	
Документ, подтверждающий (изменения) перемену	
если не представлена копия справки федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы, подтверждающей факт установления инвалидности ребенку (в случае, если ребенок является инвалидом)	
Ф.И.О. ребенка	
Дата рождения ребенка	
Наименование федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы, установившего инвалидность	
Дата установления инвалидности	

Прошу перечислять ежемесячное пособие в

(реквизиты, по которым будет осуществляться выплата)

Подтверждаю, что мне разъяснено:

о том, что получателю ежемесячного пособия необходимо представлять документы, подтверждающие доходы или отсутствие доходов семьи, обязанность по предоставлению которых возложена на получателя, и о том, что в случае непредставления указанных документов по истечении 12 месяцев начиная с месяца их предыдущего представления в КУ ВО «Центр социальных выплат»

(многофункциональный центр) выплата ежемесячного пособия ему будет прекращена _____;

(подпись представителя заявителя)

об обязанности получателя извещать КУ ВО «Центр социальных выплат» о наступлении обстоятельства, влекущего прекращение выплаты ежемесячного пособия, об изменении сведений в документе, удостоверяющем личность получателя (фамилии, имени, отчества, номера, серии (при наличии), наименования кредитной организации и (или) номера счета или индекса отделения почтовой связи, указанных в заявлении, в срок, не превышающий 5 рабочих дней со дня наступления такого обстоятельства либо со дня изменения указанных сведений.

«__» _____ 20__ г.

(дата подачи заявления)

_____ (подпись представителя заявителя)

«__» _____ 20__ г. № _____

(дата и номер регистрации заявления)

_____ (подпись специалиста)

»