



# ПРАВИТЕЛЬСТВО ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

## ПОСТАНОВЛЕНИЕ

От 12.03.2025

г. Вологда

№ 365

### О внесении изменений в постановление Правительства области от 8 февраля 2016 года № 101

Правительство области **ПОСТАНОВЛЯЕТ:**

1. Внести в Порядок назначения и выплаты ежемесячного социального пособия лицам с хронической почечной недостаточностью, получающим лечение методом диализа, утвержденный постановлением Правительства области от 8 февраля 2016 года № 101, следующие изменения:

пункты 3 – 5 изложить в следующей редакции:

«3. Процессы назначения и выплаты пособия осуществляются казенным учреждением Вологодской области «Центр социальных выплат» (далее – КУ ВО «Центр социальных выплат») в электронном виде в информационной системе, содержащей базы данных получателей мер социальной поддержки.

4. Заявление о назначении ежемесячного социального пособия (далее – заявление) по форме согласно приложению 1 к настоящему Порядку, подается лицами, указанными в пункте 2 настоящего Порядка (далее также – заявитель, гражданин, получатель), или их представителями (далее – представитель заявителя) в КУ ВО «Центр социальных выплат».

Заявление подается заявителем (представителем заявителя) лично:

в КУ ВО «Центр социальных выплат» по месту регистрации (учета) по

месту жительства (месту пребывания) или по месту фактического проживания на территории Вологодской области;

через многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг (далее – многофункциональный центр) по месту регистрации (учета) по месту жительства (месту пребывания) или по месту фактического проживания на территории Вологодской области.

5. В случае обращения за назначением пособия представителя заявителя он предъявляет документ, подтверждающий полномочия представителя заявителя.»;

пункт 7 изложить в следующей редакции:

«7. Копии документов на бумажном носителе представляются с предъявлением подлинников либо заверенными в нотариальном порядке. При представлении копий документов с подлинниками специалист КУ ВО «Центр социальных выплат» (многофункционального центра), осуществляющий прием документов, сверяет копии с подлинниками документов, делает на копиях отметку об их соответствии подлинникам и непосредственно после этого возвращает подлинники заявителю (представителю заявителя).»;

дополнить пунктом 7<sup>1</sup> следующего содержания:

«7<sup>1</sup>. В случае обращения заявителя (представителя заявителя) в многофункциональный центр заявление и прилагаемые документы передаются многофункциональным центром в КУ ВО «Центр социальных выплат» не позднее 1 рабочего дня, следующего за днем обращения заявителя (представителя заявителя).»;

пункты 8 – 10 изложить в следующей редакции:

«8. Заявление регистрируется в день его поступления в КУ ВО «Центр социальных выплат».

КУ ВО «Центр социальных выплат» в день регистрации заявления направляет заявителю (представителю заявителя) способом, позволяющим подтвердить факт и дату направления, информацию о необходимости доработки заявления в течение 5 рабочих дней со дня получения заявителем (представителем заяви-

теля) указанной информации – в случае если КУ ВО «Центр социальных выплат» установлен факт наличия в заявлении недостоверной и (или) неполной информации, и (или) заявление составлено не по установленной форме.

9. В случае непредставления заявителем (представителем заявителя) документов, указанных в пункте 6 настоящего Порядка, КУ ВО «Центр социальных выплат» в течение 1 рабочего дня со дня регистрации заявления направляет в установленном порядке межведомственные запросы о предоставлении необходимых документов (сведений) в соответствии с источниками документов (копий документов, сведений), запрашиваемых в порядке межведомственного взаимодействия, предусмотренными приложением 2 к настоящему Порядку.

10. Решение о назначении пособия либо об отказе в его назначении принимается КУ ВО «Центр социальных выплат» не позднее 2 рабочего дня со дня получения КУ ВО «Центр социальных выплат» всех необходимых для принятия соответствующего решения документов (копий документов) и (или) сведений.

В случае принятия решения об отказе в назначении пособия КУ ВО «Центр социальных выплат» в день принятия решения уведомляет об этом заявителя (представителя заявителя) с указанием основания отказа и порядка его обжалования способом, позволяющим подтвердить факт и дату направления уведомления.

Основаниями для отказа в назначении пособия являются:

непредставление заявителем (представителем заявителя) в КУ ВО «Центр социальных выплат» доработанного заявления в течение 5 рабочих дней со дня получения заявителем (представителем заявителя) информации о необходимости доработки заявления в связи с наличием в нем недостоверной и (или) неполной информации, и (или) несоблюдением установленной формы заявления;

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

отсутствие у заявителя права на пособие на день регистрации заявления.»;

дополнить пунктом 10<sup>1</sup> следующего содержания:

«10<sup>1</sup>. КУ ВО «Центр социальных выплат» направляет в личный кабинет заявителя в федеральной государственной информационной системе «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)» сведения о ходе рассмотрения заявления в соответствии с правилами, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 1 марта 2022 года № 277 «О направлении в личный кабинет заявителя в федеральной государственной информационной системе «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)» сведений о ходе выполнения запроса о предоставлении государственной или муниципальной услуги, заявления о предоставлении услуги, указанной в части 3 статьи 1 Федерального закона «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг», а также результатов предоставления государственной или муниципальной услуги, результатов предоставления услуги, указанной в части 3 статьи 1 Федерального закона «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг.»;

абзац девятый пункта 13 дополнить словами «, но не более чем за три года, предшествующих месяцу возобновления выплаты пособия»;

абзац второй пункта 15 признать утратившим силу;

пункт 18 изложить в следующей редакции:

«18. Суммы пособия, назначенные гражданину и своевременно не востребованные им при жизни, выплачиваются наследникам в полном объеме, но не более чем за три года, предшествующие месяцу наступления смерти гражданина (месяцу вступления в силу решения суда о признании гражданина умершим).

Суммы пособия, не полученные гражданином при жизни своевременно по вине органов местного самоуправления муниципальных районов (городских округов) области, осуществлявших отдельные государственные полномочия в сфере социальной защиты населения области, Департамента социальной защиты населения области, КУ ВО «Центр социальных выплат», выплачиваются наследникам за весь период по месяц наступления смерти гражданина (по месяц вступления в силу решения суда о признании гражданина умершим) включительно.»;

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

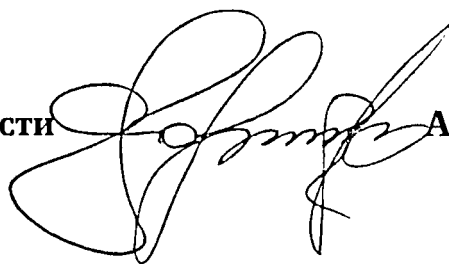
приложение 2 к Порядку изложить в новой редакции согласно приложению 2 к настоящему постановлению;

приложение 3 к Порядку признать утратившим силу;

приложение 4 к Порядку признать утратившим силу.

2. Настоящее постановление вступает в силу со дня его официального опубликования.

**Председатель Правительства области**

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'А.М. Морозов', written over the printed name.

**А.М. Мордвинов**

Приложение 1  
к постановлению  
Правительства области  
от 12.03.2025 № 365

«Приложение 1  
к Порядку

Форма

В КУ ВО «Центр социальных выплат»

от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя / представителя заявителя, действующего по доверенности)

от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

о назначении ежемесячного социального пособия

Прошу установить мне / моему доверителю \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) доверителя)

ежемесячное социальное пособие лицу с хронической почечной недостаточностью, получающему лечение методом диализа в соответствии с законом области от 26 сентября 2008 года № 1833-ОЗ «О ежемесячном социальном пособии лицам с хронической недостаточностью, получающим лечение методом диализа».

Адрес места жительства заявителя/доверителя (указывается на основании записи в паспорте или ином документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства)	
Адрес места пребывания заявителя/доверителя (указывается на основании свидетельства о регистрации по месту пребывания)	
Адрес фактического места проживания заявителя/доверителя	
Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) заявителя/доверителя	
Номер телефона заявителя/доверителя	
Наименование документа, удостоверяющего	

личность заявителя/доверителя	
Серия, номер	
Дата выдачи	
Кем выдан	
Дата рождения	
Место рождения	
Срок действия документа	
Код подразделения	

Выплату прошу производить через:

- 1) отделение почтовой связи \_\_\_\_\_,
- 2) кредитную организацию \_\_\_\_\_.  
(номер счета и наименование кредитной организации)

Подтверждаю, что мне / моему доверителю разъяснено об обязанности получателя ежемесячного социального пособия извещать КУ ВО «Центр социальных выплат» о выезде на постоянное место жительства за пределы Вологодской области, прекращении получения лечения методом диализа – в срок, не превышающий 5 дней со дня возникновения указанных обстоятельств.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись заявителя / представителя заявителя)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_  
(дата и номер регистрации заявления)

\_\_\_\_\_  
(подпись специалиста)

Приложение 1  
к заявлению  
о назначении ежемесячного  
социального пособия

СОГЛАСИЕ  
на обработку персональных данных

Я,

\_\_\_\_\_ ,  
(фамилии, имя, отчество (при наличии) заявителя)  
проживающий(-ая) по адресу:

\_\_\_\_\_ ,

Наименование документа, удостоверяющего личность заявителя	
Серия, номер	
Дата выдачи	
Кем выдан	
Дата рождения	

даю согласие операторам персональных данных: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (КУ ВО «Центр социальных выплат» и (или) наименование многофункционального центра предоставления государственных и муниципальных услуг)

на обработку моих персональных данных, касающихся сведений о получении мною лечения методом диализа, в целях назначения ежемесячного социального пособия лицам с хронической почечной недостаточностью, получающим лечение методом диализа в соответствии с действующим законодательством.

Персональные данные, в отношении которых дается настоящее согласие, включают данные, указанные в настоящем согласии, заявлении, представленных заявителем (представителем заявителя) документах, и данные о выдаче медицинской организацией по месту жительства или по месту проведения диализной терапии справки о проведении в отношении меня лечения методом диализа.

Действия с персональными данными включают в себя их обработку (сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение).

Обработка персональных данных автоматизированная (с использованием средств вычислительной техники) либо без использования средств автоматизации.

Согласие действует с момента его подачи до моего письменного отзыва данного согласия.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (подпись заявителя)



Приложение 2  
к заявлению о назначении  
ежемесячного социального  
пособия  
(заполняется в случае не представления  
заявителем справки медицинской орга-  
низации о проведении лечения методом  
диализа)

В \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации)

### СОГЛАСИЕ

на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилии, имя, отчество (при наличии) заявителя)

проживающий(-ая) по адресу: \_\_\_\_\_,

Наименование документа, удостоверяющего личность заявителя	
Серия, номер	
Дата выдачи	
Кем выдан	
Дата рождения	

в целях назначения мне ежемесячного социального пособия в соответствии с законом области от 26 сентября 2008 года № 1833-ОЗ «О ежемесячном социальном пособии лицам с хронической недостаточностью, получающим лечение методом диализа» даю согласие на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну: моих сведений, сведений ребенка, законным представителем которого я являюсь (нужное подчеркнуть), а именно:

\_\_\_\_\_ (указать перечень сведений, в отношении которых дается согласие на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (подпись заявителя)»

Приложение 2  
к постановлению  
Правительства области  
от 12.03.2025 № 365

«Приложение 2  
к Порядку

Перечень источников документов (копий документов, сведений),  
запрашиваемых в порядке межведомственного взаимодействия

№ п/п	Наименование документа (сведений)	Источник документов (копий документов, сведений)
1.	Сведения о регистрации заявителя по месту жительства (месту пребывания):	
1.1	сведения о месте жительства гражданина	Министерство внутренних дел Российской Федерации (ведомственная информационная система) до 1 января 2026 года
1.2	сведения о регистрации по месту жительства, месту пребывания гражданина Российской Федерации в пределах Российской Федерации, предусмотренные подпунктами «а», «б» пункта 3 Приложения 1 к Правилам <sup>1</sup>	Федеральная налоговая служба Российской Федерации (Единый федеральный информационный регистр, содержащий сведения о населении Российской Федерации)
2.	Сведения о проведении заявителю лечения методом диализа	Медицинская организация, в которой заявитель проходит лечение методом диализа

<sup>1</sup> Правила предоставления сведений, содержащихся в едином федеральном информационном регистре, содержащем сведения о населении Российской Федерации, в том числе перечень указанных сведений и сроки их предоставления, утвержденные постановлением Правительства Российской Федерации от 9 октября 2021 года № 1723.»