

**ДЕПАРТАМЕНТ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ
ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ**

ПРИКАЗ

г. Вологда

От 21.06, 2018 № 883

О внесении изменений в приказ
Департамента социальной защиты
населения Вологодской области
от 26 августа 2016 года № 851

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести в административный регламент предоставления государственной услуги по назначению и выплате компенсации уплаченной страховой премии по договору обязательного страхования гражданской ответственности владельцев транспортных средств инвалидам (в том числе детям-инвалидам), имеющим транспортные средства в соответствии с медицинскими показаниями, или их законным представителям (приложение), утвержденный приказом Департамента социальной защиты населения области от 26 августа 2016 года № 851, следующие изменения:

в пункте 2.8:

подпункт «б» дополнить словами «,- в случае направления заявления почтовым отправлением»;

подпункт «г» изложить в следующей редакции:

«г) копию документа, подтверждающего оплату страховой премии по договору»;

в подпункте «в» пункта 2.9 слова «(копия страницы, содержащей сведения о личности)» заменить словами «(страниц, содержащих сведения о личности), - в случае направления заявления представителем заявителя почтовым отправлением»;

в таблице пункта 2 «МФЦ» приложения 1 к административному регламенту:

в пункте 19 слова и цифры «ул. Советская, д. 81» заменить словами и цифрами «ул. Советская, д. 50»;

в пункте 25 слово «Бюджетное» заменить словами «Муниципальное казенное»;

приложение 2 к административному регламенту изложить в новой редакции согласно приложению 1 к настоящему приказу;

приложение 3 к административному регламенту изложить в новой редакции согласно приложению 2 к настоящему приказу.

2. Отделу организации предоставления мер социальной поддержки управления социальных выплат (Л.В. Шилова) обеспечить размещение настоящего

приказа на официальном сайте Департамента социальной защиты населения области, направление копии настоящего приказа в казенное учреждение Вологодской области «Центр социальных выплат» для размещения в местах предоставления государственной услуги.

3. Настоящий приказ вступает в силу через 10 дней после дня его официального опубликования.

И.О. начальника департамента



А.В. Ершов

Приложение 1
к приказу Департамента социальной
защиты населения области
от 21.06.2018 № 883

«Приложение 2
к административному регламенту

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)

паспорт:

серия		дата выдачи	
номер		дата рождения	
кем выдан			

прошу предоставить мне компенсацию в размере 50% от уплаченной страховой
премии по договору обязательного страхования _____

(номер, дата выдачи страхового полиса, сумма страховой премии)

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
если не представлена копия документа (страниц документа), подтверждающего регистрацию (учет) по месту жительства	

Дата регистрации по месту жительства	
Адрес регистрации по месту жительства (заполняется в случае несовпадения адреса регистрации по месту жительства с адресом фактического проживания)	
если не представлена копия документа (страниц документа), подтверждающего регистрацию (учет) по месту пребывания (для лиц, зарегистрированных на территории области по месту пребывания)	
Дата регистрации по месту пребывания	
Адрес регистрации по месту пребывания (заполняется в случае несовпадения адреса регистрации по месту пребывания с адресом фактического проживания)	
если гражданин переехал из другого субъекта Российской Федерации и получал компенсацию по прежнему месту жительства (месту пребывания)	
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 приказу Департамента социальной
защиты населения области
от 21.06.2018 № 883

«Приложение 3
к административному регламенту

Образец

В КУ ВО «Центр социальных выплат»

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

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

паспорт:

серия		дата выдачи	
номер		дата рождения	
кем выдан			

прошу предоставить мне на моего ребенка / подопечного _____
(ненужное зачеркнуть)

_____,
(фамилия, имя, отчество ребенка / подопечного)

являющегося инвалидом: _____,
(установлена категория «ребенок-инвалид» / группа инвалидности)

компенсацию в размере 50 % от уплаченной страховой премии по договору
обязательного страхования _____

_____ (номер, дата выдачи страхового полиса, сумма страховой премии)

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