Правовое управление правительства
Воронежской области
ЗАРЕГИСТРИРОВАНО
«29» 10 2026г.
Регистрационный номер № 1320

Министерство социальной защиты Воронежской области (Минсоцзащиты ВО)

ПРИКАЗ

02.10.2026 № 59/н

г. Воронеж

О внесении изменений в приказ министерства социальной защиты Воронежской области от 28.05.2026 № 36/н

В целях приведения нормативных правовых актов министерства социальной защиты Воронежской области в соответствие действующему законодательству

п р и к а з ы в а ю:

1. Внести в приказ министерства социальной защиты Воронежской области от 28.05.2026 № 36/н «Об утверждении Порядка предоставления дополнительной меры социальной поддержки семей, воспитывающих детей, страдающих фенилкетонурией, в виде ежемесячной денежной выплаты» следующие изменения:

1.1. Наименование изложить в следующей редакции:

«Об утверждении Порядка предоставления дополнительной меры социальной поддержки семей, воспитывающих детей, страдающих фенилкетонурией, и беременных женщин, страдающих фенилкетонурией, в виде ежемесячной денежной выплаты».

1.2. Пункт 1 изложить в следующей редакции:

«1. Утвердить Порядок предоставления дополнительной меры социальной поддержки семей, воспитывающих детей, страдающих фенилкетонурией, и беременных женщин, страдающих фенилкетонурией, в виде ежемесячной денежной выплаты, согласно приложению к настоящему приказу.».

1.3. Пункт 4 изложить в следующей редакции:

«4. Определить казенные учреждения Воронежской области «Управление социальной защиты населения» городского округа город Нововоронеж, Борисоглебского городского округа, районов г. Воронежа и Воронежской области уполномоченными организациями по приему заявлений и документов от граждан на предоставление дополнительной меры социальной поддержки семей, воспитывающих детей, страдающих фенилкетонурией, и беременных женщин, страдающих фенилкетонурией, в виде ежемесячной денежной выплаты, формированию личных дел, принятию решения о предоставлении (отказе в предоставлении) дополнительной меры социальной поддержки семей, воспитывающих детей, страдающих фенилкетонурией, и беременных женщин, страдающих фенилкетонурией, в виде ежемесячной денежной выплаты, а также обеспечению контроля за целевым расходованием средств областного бюджета и достоверностью отчетных данных.».

1.4. В Порядке предоставления дополнительной меры социальной поддержки семей, воспитывающих детей, страдающих фенилкетонурией, в виде ежемесячной денежной выплаты:

1.4.1. Наименование изложить в следующей редакции:

«Порядок предоставления дополнительной меры социальной поддержки семей, воспитывающих детей, страдающих фенилкетонурией, и беременных женщин, страдающих фенилкетонурией, в виде ежемесячной денежной выплаты».

1.4.2. В разделе 1:

1.4.2.1. Пункт 1.1 изложить в следующей редакции:

«1.1. Настоящий Порядок предоставления дополнительной меры социальной поддержки семей, воспитывающих детей, страдающих фенилкетонурией, и беременных женщин, страдающих фенилкетонурией, в виде ежемесячной денежной выплаты разработан в соответствии с Законом Воронежской области от 14.11.2008 № 103-ОЗ «О социальной поддержке

отдельных категорий граждан в Воронежской области» (далее соответственно – ежемесячная денежная выплата, Закон).».

1.4.2.2. Пункт 1.2 изложить в следующей редакции:

«1.2. Право на ежемесячную денежную выплату имеют:

- граждане, указанные в пункте 1 части 1 статьи 97.61 Закона, с 27.04.2026;

- граждане, указанные в пункте 2 части 1 статьи 97.61 Закона, с 05.09.2026.».

1.4.2.3. Пункт 1.3 изложить в следующей редакции:

«1.3. Гражданам, указанным в пункте 1 части 1 статьи 97.61 Закона, ежемесячная денежная выплата устанавливается с 1-го числа месяца обращения за ней, но не ранее дня возникновения права на ее предоставление, и предоставляется ежемесячно, в размере указанном в части 1 статьи 97.62 Закона, до достижения ребенком возраста 18 лет.

Гражданам, указанным в пункте 2 части 1 статьи 97.61 Закона, ежемесячная денежная выплата устанавливается с 1-го числа месяца постановки на учет по беременности в медицинской организации, но не ранее наступления шести недель беременности и предоставляется ежемесячно, в размере, указанном в части 1 статьи 97.62 Закона, до месяца родоразрешения или прерывания беременности включительно.».

1.4.3. В разделе 2:

1.4.3.1. В пункте 2.1 слова «по форме, согласно приложению № 1» заменить словами «по формам, согласно приложениям № 1, № 2»:

1.4.3.2. В абзаце втором пункта 2.2 слова «в приложении № 2» заменить словами «в приложении № 3».

1.4.3.3. В абзаце первом пункта 2.4 слова «согласно приложению № 3» заменить словами «согласно приложению № 4».

1.4.4. В разделе 3:

1.4.4.1. Пункт 3.3 дополнить абзацем следующего содержания:

«г) обращение граждан, указанных в абзаце третьем пункта 1.2 настоящего Порядка, за предоставлением ежемесячной денежной выплаты ранее наступления шести недель беременности либо после родоразрешения или прерывания беременности.».

1.4.4.2. Пункт 3.5 дополнить абзацем следующего содержания:

«з) получение информации о родоразрешении или прерывании беременности из сведений о беременных женщинах, страдающих фенилкетонурией, включенных в региональный сегмент Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности.».

1.4.4.3. В пункте 3.6 слова «седьмым, восьмым» заменить словами «седьмым – девятым».

1.4.5. Приложения № 1 - № 3 изложить в новой редакции согласно приложению № 1 к настоящему приказу.

1.4.6. Дополнить приложением № 4 согласно приложению № 2 к настоящему приказу.

2. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра Суркову Н.Н.

Министр О.В. Сергеева

Приложение № 1
к приказу министерства социальной
защиты Воронежской области
от 02.10.2026 № 59/н

«Приложение № 1
к Порядку предоставления
дополнительной меры социальной
поддержки семей, воспитывающих
детей, страдающих
фенилкетонурией, и беременных
женщин, страдающих
фенилкетонурией, в виде
ежемесячной денежной выплаты

Директору казенного учреждения Воронежской области
«Управление социальной защиты населения»
_____
(городского округа город Нововоронеж, Борисоглебского
городского округа, района г. Воронежа и Воронежской области)
_____
(Ф.И.О. директора)

Заявление
о предоставлении дополнительной меры социальной поддержки семей, воспитывающих детей, страдающих фенилкетонурией, в виде ежемесячной денежной выплаты

от №

_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя)
Статус: _____
(мать, отец, законный представитель – указать нужное)
Дата рождения: _____
Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии): _____
тел.: _____
адрес электронной почты (при наличии): _____

Наименование документа, удостоверяющего личность		Дата выдачи	

Серия и номер документа	
Кем выдан	

Регистрация по месту жительства на территории Воронежской области:_____

_____

_____

Данные законного представителя или уполномоченного представителя	Ф.И.О. _____ Адрес регистрации по месту жительства: _____ Телефон: (служебный/домашний/мобильный) _____ Наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность: _____ _____ Наименование и реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя или уполномоченного представителя: _____ _____

прошу предоставить дополнительную меру социальной поддержки семей, воспитывающих детей, страдающих фенилкетонурией, и беременных женщин, страдающих фенилкетонурией, в виде ежемесячной денежной выплаты (далее – ежемесячная денежная выплата), в соответствии с Законом Воронежской области от 14.11.2008 № 103-ОЗ «О социальной поддержке отдельных категорий граждан в Воронежской области» на ребенка:_____

_____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка, дата рождения)

К заявлению прилагаю:

1. Документы (копии документов) согласно установленному перечню:
(перечень прилагаемых документов пишется заявителем собственноручно)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Ежемесячную денежную выплату прошу направить

Через отделение банка:

Реквизиты

БИК или наименование банка: Корреспондентский счет: Номер счета заявителя:

Порядок предоставления ежемесячной денежной выплаты в соответствии с Законом Воронежской области от 14.11.2008 № 103-ОЗ «О социальной поддержке отдельных категорий граждан в Воронежской области» мне разъяснен.

Об ответственности за достоверность и полноту представленных документов и сведений, являющихся основанием для предоставления ежемесячной денежной выплаты в соответствии с Законом Воронежской области от 14.11.2008 № 103-ОЗ «О социальной поддержке отдельных категорий граждан в Воронежской области», предупрежден (на).

В случае наступления обстоятельств, влекущих прекращение предоставления ежемесячной денежной выплаты, обязуюсь сообщить о наступлении указанных обстоятельств в течение 14 рабочих дней со дня наступления этих обстоятельств, за исключением обстоятельств, предусмотренных абзацами седьмым, восьмым пункта 3.5 Порядка предоставления дополнительной меры социальной поддержки семей, воспитывающих детей, страдающих фенилкетонурией, и беременных женщин, страдающих фенилкетонурией, в виде ежемесячной денежной выплаты, утвержденного приказом министерства социальной защиты Воронежской области от 28.05.2026 № 36/н «Об утверждении Порядка предоставления дополнительной меры социальной поддержки семей, воспитывающих детей, страдающих фенилкетонурией, и беременных женщин, страдающих фенилкетонурией, в виде ежемесячной денежной выплаты».

В случае неправомерно полученной ежемесячной денежной выплаты в соответствии с Законом Воронежской области от 14.11.2008 № 103-ОЗ «О социальной поддержке отдельных категорий граждан в Воронежской области» обязуюсь добровольно вернуть денежные средства в соответствии с действующим законодательством.

Уведомление о принятом решении прошу направить _____

Дата_____ Подпись заявителя _____

Данные, указанные в заявлении, соответствуют документу, удостоверяющему личность. Документы, представленные заявителем, соответствуют требованиям действующего законодательства	Должность, Ф.И.О. (полностью и подпись) специалиста, принявшего заявление и документы

Заявление зарегистрировано в специальном журнале регистрации заявлений и решений «____» _____ 20___ года.

Регистрационный номер заявления № _____.

(линия отреза)

Расписка-уведомление о принятом заявлении и документах

Заявление и документы гр. _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

приняты в КУВО «УСЗН _____»
(городского округа город Нововоронеж, Борисоглебского городского округа, района г. Воронежа и Воронежской области)

Дата приема заявления и необходимых документов	Регистрационный номер заявления	Должность, Ф.И.О. (полностью и подпись) специалиста, принявшего заявление и документы

Приложение
к заявлению

СОГЛАСИЕ
на обработку (передачу) персональных данных и на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) субъекта персональных данных, представителя субъекта персональных данных)
зарегистрирован(а) по адресу: _____
_____,
паспорт или иной документ, удостоверяющий личность субъекта данных,

представителя субъекта данных: _____,
(наименование документа,

_____
серия, №, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)
_____,
(наименование и реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя)
в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно:

- фамилия, имя, отчество;
- пол;
- день, месяц, год и место рождения;
- документ, удостоверяющий личность, и его реквизиты;
- адрес регистрации по месту жительства (месту пребывания) и адрес фактического проживания;
- телефонный номер (домашний, рабочий, мобильный), адрес электронной почты;
- иные сведения.

Подтверждаю свое согласие на осуществление следующих действий с персональными данными: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а также иных действий, необходимых для обработки персональных данных (в том числе обработку персональных данных посредством запросов информации и необходимых документов), предоставленных:

_____
(наименование оператора)
_____,
расположенному по адресу:
_____,
с целью предоставления дополнительной меры социальной поддержки семей, воспитывающих детей, страдающих фенилкетонурией, и беременных женщин, страдающих фенилкетонурией, в виде ежемесячной денежной выплаты (далее – ежемесячная денежная выплата).

Настоящее согласие вступает в силу со дня его подписания и действует до его

отзыва или до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе после достижения цели обработки персональных данных.

Отзыв заявления осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Даю согласие медицинской организации

_____

(наименование медицинской организации)

на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе сведений о моем ребенке, страдающем фенилкетонурией, включенных в региональный сегмент Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», части 3 статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я ознакомлен (ознакомлена), что:

1. Согласие на обработку и передачу сведений, составляющих врачебную тайну, действует с даты подписания настоящего согласия в течение всего срока предоставления ежемесячной денежной выплаты.

2. Согласие на обработку и передачу сведений, составляющих врачебную тайну, может быть отозвано на основании письменного заявления в произвольной форме.

«____» _____ _____ г.

Субъект данных:

_____ /_____

(подпись) (Ф.И.О.)

Приложение № 2
к Порядку предоставления
дополнительной меры социальной
поддержки семей, воспитывающих
детей, страдающих
фенилкетонурией, и беременных
женщин, страдающих
фенилкетонурией, в виде
ежемесячной денежной выплаты

Директору казенного учреждения Воронежской области
«Управление социальной защиты населения»
_____
(городского округа город Нововоронеж, Борисоглебского
городского округа, района г. Воронежа и Воронежской области)
_____
(Ф.И.О. директора)

Заявление
о предоставлении дополнительной меры социальной поддержки беременных женщин, страдающих фенилкетонурией, в виде ежемесячной денежной выплаты

от №

_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя)

Дата рождения: _____

Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии):_____

тел.: _____

адрес электронной почты (при наличии):_____

Наименование документа, удостоверяющего личность		Дата выдачи	
Серия и номер документа			
Кем выдан			

Регистрация по месту жительства на территории Воронежской области:_____

_____

_____

Данные законного представителя или уполномоченного представителя	Ф.И.О. Адрес регистрации по месту жительства: Телефон: (служебный/домашний/мобильный) Наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность: Наименование и реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя или уполномоченного представителя:

прошу предоставить дополнительную меру социальной поддержки семей, воспитывающих детей, страдающих фенилкетонурией, и беременных женщин, страдающих фенилкетонурией, в виде ежемесячной денежной выплаты (далее – ежемесячная денежная выплата), в соответствии с Законом Воронежской области от 14.11.2008 № 103-ОЗ «О социальной поддержке отдельных категорий граждан в Воронежской области».

К заявлению прилагаю:

1. Документы (копии документов) согласно установленному перечню:
(перечень прилагаемых документов пишется заявителем собственноручно)

Ежемесячную денежную выплату прошу направить

Через отделение банка:

Реквизиты
БИК или наименование банка: Корреспондентский счет: Номер счета заявителя:

Порядок предоставления ежемесячной денежной выплаты в соответствии с Законом Воронежской области от 14.11.2008 № 103-ОЗ «О социальной поддержке отдельных категорий граждан в Воронежской области» мне разъяснен.

Об ответственности за достоверность и полноту представленных документов и сведений, являющихся основанием для предоставления ежемесячной денежной выплаты в соответствии с Законом Воронежской области от 14.11.2008 № 103-ОЗ «О социальной

поддержке отдельных категорий граждан в Воронежской области», предупреждена.

В случае наступления обстоятельств, влекущих прекращение предоставления ежемесячной денежной выплаты, обязуюсь сообщить о наступлении указанных обстоятельств в течение 14 рабочих дней со дня наступления этих обстоятельств, за исключением обстоятельства, предусмотренного абзацами седьмым, девятым пункта 3.5 Порядка предоставления дополнительной меры социальной поддержки семей, воспитывающих детей, страдающих фенилкетонурией, и беременных женщин, страдающих фенилкетонурией, в виде ежемесячной денежной выплаты, утвержденного приказом министерства социальной защиты Воронежской области от 28.05.2026 № 36/н «Об утверждении Порядка предоставления дополнительной меры социальной поддержки семей, воспитывающих детей, страдающих фенилкетонурией и беременных женщин, страдающих фенилкетонурией, в виде ежемесячной денежной выплаты».

В случае неправомерно полученной ежемесячной денежной выплаты в соответствии с Законом Воронежской области от 14.11.2008 № 103-ОЗ «О социальной поддержке отдельных категорий граждан в Воронежской области» обязуюсь добровольно вернуть денежные средства в соответствии с действующим законодательством.

Уведомление о принятом решении прошу направить _____

Дата_____ Подпись заявителя _____

Данные, указанные в заявлении, соответствуют документу, удостоверяющему личность. Документы, представленные заявителем, соответствуют требованиям действующего законодательства	Должность, Ф.И.О. (полностью и подпись) специалиста, принявшего заявление и документы

Заявление зарегистрировано в специальном журнале регистрации заявлений и решений «____» _____ 20___ года.

Регистрационный номер заявления № _____.

(линия отреза)

Расписка-уведомление о принятом заявлении и документах

Заявление и документы гр. _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

приняты в КУВО «УСЗН _____»
(городского округа город Нововоронеж, Борисоглебского городского округа, района г. Воронежа и Воронежской области)

Дата приема заявления и необходимых документов	Регистрационный номер заявления	Должность, Ф.И.О. (полностью и подпись) специалиста, принявшего заявление и документы

Приложение
к заявлению

СОГЛАСИЕ
на обработку (передачу) персональных данных и на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) субъекта персональных данных, представителя субъекта персональных данных)
зарегистрирована по адресу: _____
_____,
паспорт или иной документ, удостоверяющий личность субъекта данных,

представителя субъекта данных: _____,
(наименование документа,

_____
серия, №, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)
_____,
(наименование и реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя)
в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно:

- фамилия, имя, отчество;
- пол;
- день, месяц, год и место рождения;
- документ, удостоверяющий личность, и его реквизиты;
- адрес регистрации по месту жительства (месту пребывания) и адрес фактического проживания;
- телефонный номер (домашний, рабочий, мобильный), адрес электронной почты;
- иные сведения.

Подтверждаю свое согласие на осуществление следующих действий с персональными данными: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а также иных действий, необходимых для обработки персональных данных (в том числе обработку персональных данных посредством запросов информации и необходимых документов), предоставленных:

_____
(наименование оператора)
_____,
расположенному по адресу:
_____,
с целью предоставления дополнительной меры социальной поддержки семей, воспитывающих детей, страдающих фенилкетонурией, и беременных женщин, страдающих фенилкетонурией, в виде ежемесячной денежной выплаты (далее – ежемесячная денежная выплата).

Настоящее согласие вступает в силу со дня его подписания и действует до его

отзыва или до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе после достижения цели обработки персональных данных.

Отзыв заявления осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Даю согласие медицинской организации

_____

(наименование медицинской организации)

на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, включенных в региональный сегмент Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», части 3 статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я ознакомлена, что:

1. Согласие на обработку и передачу сведений, составляющих врачебную тайну, действует с даты подписания настоящего согласия в течение всего срока предоставления ежемесячной денежной выплаты.

2. Согласие на обработку и передачу сведений, составляющих врачебную тайну, может быть отозвано на основании письменного заявления в произвольной форме.

«____» _____ _____ г.

Субъект данных:

_____ /_____

(подпись) (Ф.И.О.)

Приложение № 3
к Порядку предоставления
дополнительной меры социальной
поддержки семей, воспитывающих
детей, страдающих
фенилкетонурией, и беременных
женщин, страдающих
фенилкетонурией, в виде
ежемесячной денежной выплаты

ПЕРЕЧЕНЬ

документов (сведений), необходимых для предоставления дополнительной меры социальной поддержки семей, воспитывающих детей, страдающих фенилкетонурией, и беременных женщин, страдающих фенилкетонурией, в виде ежемесячной денежной выплаты

№ п/п	Наименование документа (сведений)	Источник сведений/способ получения
1	Сведения о регистрации в системе индивидуального (персонифицированного) учета	Фонд пенсионного и социального страхования Российской Федерации (государственная информационная система «Единая централизованная цифровая платформа в социальной сфере») / посредством единой системы межведомственного электронного взаимодействия
2	Паспортное досье	МВД России (ведомственная информационная система) / посредством единой системы межведомственного электронного взаимодействия
3	Сведения о рождении (за исключением случаев регистрации записи соответствующего акта компетентным органом иностранного государства) (для граждан, указанных в пункте 1 части 1 статьи 97.61 Закона Воронежской области от 14.11.2008 № 103-ОЗ «О социальной поддержке отдельных категорий граждан в Воронежской области (далее – Закон № 103-ОЗ))	ФНС России (Единый государственный реестр записей актов гражданского состояния) / посредством единой системы межведомственного электронного взаимодействия; ФНС России (единый федеральный информационный регистр, содержащий сведения о населении Российской Федерации) / посредством единой системы межведомственного электронного взаимодействия
4	Сведения о рождении (в случае регистрации записи соответствующего акта компетентным органом иностранного государства) (для граждан, указанных в пункте 1 части 1 статьи 97.61 Закона № 103-ОЗ)	ФНС России (единый федеральный информационный регистр, содержащий сведения о населении Российской Федерации) / посредством единой системы межведомственного электронного взаимодействия; заявитель (в случае отсутствия сведений в

		едином федеральном информационном регистре, содержащем сведения о населении Российской Федерации) / посредством представления подтверждающих документов
5	Сведения о регистрации по месту жительства и месту пребывания гражданина Российской Федерации в пределах Российской Федерации	МВД России (ведомственная информационная система) / посредством единой системы межведомственного электронного взаимодействия; ФНС России (единый федеральный информационный регистр, содержащий сведения о населении Российской Федерации) / посредством единой системы межведомственного электронного взаимодействия
6	Сведения, подтверждающие совместное проживание заявителя и ребенка (в случае отсутствия сведений о совместной регистрации по месту жительства заявителя и ребенка) (для граждан, указанных в пункте 1 части 1 статьи 97.61 Закона № 103-ОЗ)	Заявитель / посредством представления подтверждающих документов
7	Сведения о нахождении ребенка на полном государственном обеспечении (в случае помещения ребенка на полное государственное обеспечение) (для граждан, указанных в пункте 1 части 1 статьи 97.61 Закона № 103-ОЗ)	Заявитель/посредством представления подтверждающих документов
8	Сведения об изменении родительских прав в отношении ребенка (для граждан, указанных в пункте 1 части 1 статьи 97.61 Закона № 103-ОЗ)	Фонд пенсионного и социального страхования Российской Федерации (государственная информационная система «Единая централизованная цифровая платформа в социальной сфере») / посредством единой системы межведомственного электронного взаимодействия
9	Сведения о ребенке, страдающем фенилкетонурией, включенные в региональный сегмент Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности (для граждан, указанных в пункте 1 части 1 статьи 97.61 Закона № 103-ОЗ)	Министерство здравоохранения Воронежской области (региональный сегмент Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности) / посредством межведомственного взаимодействия
10	Сведения о беременной женщине, страдающей фенилкетонурией,	Министерство здравоохранения Воронежской области (региональный

	включенные в региональный сегмент Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности (для граждан, указанных в пункте 2 части 1 статьи 97.61 Закона № 103-ОЗ)	сегмент Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности) / посредством межведомственного взаимодействия
11	Сведения о постановке на учет по беременности в медицинской организации в ранние сроки беременности (до двенадцати недель) либо в последующие сроки и о наличии статуса беременной на момент обращения (для граждан, указанных в пункте 2 части 1 статьи 97.61 Закона № 103-ОЗ)	Заявитель/посредством предоставления подтверждающих документов
12	Документ, подтверждающий полномочия представителя заявителя (в случае подачи заявления представителем заявителя)	Представитель заявителя / посредством представления подтверждающих документов

».

Приложение № 2
к приказу министерства социальной защиты Воронежской области
от 02.10.2026 № 59/н

«Приложение № 4
к Порядку предоставления дополнительной меры социальной поддержки семей, воспитывающих детей, страдающих фенилкетонурией, и беременных женщин, страдающих фенилкетонурией, в виде ежемесячной денежной выплаты

ЖУРНАЛ
РЕГИСТРАЦИИ ЗАЯВЛЕНИЙ И РЕШЕНИЙ КАЗЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ «УПРАВЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ»

_____
городского округа город Нововоронеж, Борисоглебского городского округа, района г. Воронежа и Воронежской области

№ п/п	Дата приема заявления	Данные о заявителе		Фамилия, имя, отчество специалиста КУВО «УСЗН», принявшего заявление	Содержание решения	Дата принятия решения	Примечание
		Фамилия, имя, отчество (при наличии)	Адрес места жительства (пребывания)				
1	2	3	4	5	6	7	8

».