



## ПРАВИТЕЛЬСТВО ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

# ПОСТАНОВЛЕНИЕ

26 июня 2024 года

№ 488-пп

Иркутск

### **О внесении изменений в отдельные постановления Правительства Иркутской области**

В соответствии со статьей 48 Федерального закона от 21 декабря 2021 года № 414-ФЗ «Об общих принципах организации публичной власти в субъектах Российской Федерации», руководствуясь частью 4 статьи 66, статьей 67 Устава Иркутской области, Правительство Иркутской области  
**ПОСТАНОВЛЯЕТ:**

1. Внести в приложение к Положению о предоставлении ежемесячной социальной выплаты гражданам, проживающим на территории Иркутской области и нуждающимся в процедурах гемодиализа, в 2019 - 2025 годах, утвержденному постановлением Правительства Иркутской области от 13 августа 2015 года № 395-пп, изменение, изложив его в новой редакции (прилагается).

2. Внести в Положение о предоставлении компенсации расходов на оплату стоимости проезда отдельных категорий граждан в Бийский филиал имени Михаила Никитовича Наумова Частного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Центр реабилитации слепых» Общероссийской общественной организации инвалидов «Всероссийское ордена Трудового Красного Знамени общество слепых», учреждение «Центр восстановительной терапии для воинов-интернационалистов им. М.А.Лиходея», областное государственное автономное учреждение социального обслуживания «Реабилитационный центр «Шелеховский», общество с ограниченной ответственностью «Парк-Отель «Марат», общество с ограниченной ответственностью «Холтон» и обратно, утвержденное постановлением Правительства Иркутской области от 21 декабря 2015 года № 664-пп (далее - Положение), следующие изменения:

- 1) подпункт 4 пункта 10 признать утратившим силу;
- 2) приложение 1 к Положению изложить в новой редакции (прилагается).

3. Внести в постановление Правительства Иркутской области от 31 марта 2016 года № 176-пп «О предоставлении компенсации расходов на оплату стоимости проезда или бесплатного проезда к месту диагностики и (или) лечения отдельным категориям граждан, проживающим на территории Иркутской области и нуждающимся в диагностике и (или) лечении, и обратно» (далее - постановление № 176-пп) следующие изменения:

1) приложение к Положению о предоставлении компенсации расходов на оплату стоимости проезда проживающим на территории Иркутской области и нуждающимся в диагностике и (или) лечении детям-инвалидам, инвалидам, а также лицам, сопровождающим детей-инвалидов и инвалидов I группы, к месту диагностики и (или) лечения в отдельные медицинские организации государственной системы здравоохранения Иркутской области и обратно, утвержденному постановлением № 176-пп, изложить в новой редакции (прилагается);

2) приложение 2 к Положению о предоставлении бесплатного проезда проживающим на территории Иркутской области и нуждающимся в диагностике и (или) лечении детям-инвалидам, инвалидам, а также лицам, сопровождающим детей-инвалидов и инвалидов I группы, к месту диагностики и (или) лечения в отдельные медицинские организации государственной системы здравоохранения Иркутской области и обратно, утвержденному постановлением № 176-пп, изложить в новой редакции (прилагается);

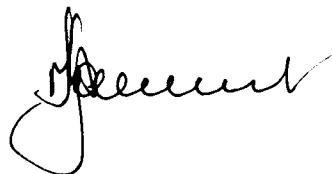
3) приложение к Положению о предоставлении компенсации расходов на оплату стоимости проезда проживающим на территории Иркутской области и нуждающимся в лечении больным туберкулезом, больным со злокачественными новообразованиями, беременным женщинам и родильницам, в том числе несовершеннолетним детям из числа указанных категорий граждан, а также лицам, сопровождающим несовершеннолетних детей, к месту лечения в отдельные медицинские организации государственной системы здравоохранения и обратно, утвержденному постановлением № 176-пп, изложить в новой редакции (прилагается);

4) приложение к Положению о предоставлении компенсации расходов на оплату стоимости проезда проживающим на территории Иркутской области беременным женщинам, нуждающимся в проведении скринингового ультразвукового исследования плода при сроке беременности 11 - 14 недель, 19 - 21 неделя в кабинетах антенатальной охраны плода, к месту диагностики в отдельные медицинские организации государственной системы здравоохранения Иркутской области и обратно, утвержденному постановлением № 176-пп, изложить в новой редакции (прилагается).

4. Настоящее постановление подлежит официальному опубликованию в общественно-политической газете «Областная», сетевом издании «Официальный интернет-портал правовой информации Иркутской области» ([ogirk.ru](http://ogirk.ru)), а также на «Официальном интернет-портале правовой информации» ([www.pravo.gov.ru](http://www.pravo.gov.ru)).

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

Председатель Правительства  
Иркутской области



К.Б. Зайцев

Приложение 1  
к постановлению Правительства  
Иркутской области  
от 26 июня 2024 года № 488-пп

«Приложение  
к Положению о предоставлении  
ежемесячной социальной выплаты  
гражданам, проживающим на территории  
Иркутской области и нуждающимся в  
процедурах гемодиализа, в 2019 - 2025  
годах

В государственное учреждение Иркутской области, подведомственное  
министерству социального развития, опеки и попечительства Иркутской области

расположенное по адресу: \_\_\_\_\_

от гражданина \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью,

день, месяц и год рождения)

адрес места жительства (пребывания): \_\_\_\_\_

номер телефона: \_\_\_\_\_

данные документа, удостоверяющего личность гражданина (паспорт):

серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан (кем и когда) \_\_\_\_\_

В случае подачи заявления представителем гражданина:

(Ф.И.О. представителя гражданина полностью,

день, месяц и год рождения)

действующего на основании \_\_\_\_\_

(документ, подтверждающий полномочия представителя гражданина)

адрес места жительства (пребывания): \_\_\_\_\_

номер телефона: \_\_\_\_\_

данные документа, удостоверяющего личность представителя гражданина  
(паспорт):

серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан (кем и когда) \_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу предоставить \_\_\_\_\_

(фамилия, имя и отчество (при наличии) гражданина полностью, дата и год рождения) ежемесячную социальную выплату гражданам, проживающим на территории Иркутской области и нуждающимся в процедурах гемодиализа, в 20\_\_ году (далее - ежемесячная социальная выплата).

Реквизиты лицевого счета, открытого в банке или иной кредитной организации на имя гражданина, реквизиты организации федеральной почтовой связи: \_\_\_\_\_

К заявлению прилагаю:

1. \_\_\_\_\_ ;
2. \_\_\_\_\_ ;
3. \_\_\_\_\_ ;
4. \_\_\_\_\_ ;
5. \_\_\_\_\_ .

Достоверность указанных в заявлении сведений подтверждаю.

Об ответственности за недостоверность представленных сведений предупрежден (предупреждена).

В соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» (далее - Федеральный закон № 152-ФЗ) даю согласие на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку персональных данных, а именно: на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Даю согласие на обработку следующих персональных данных: фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, адрес места жительства (пребывания), данные паспорта (или иного документа, удостоверяющего личность) и иные персональные данные, содержащиеся в документах, прилагаемых к настоящему заявлению.

Обработка персональных данных осуществляется в целях предоставления ежемесячной социальной выплаты.

Настоящее согласие действует со дня его подписания и до достижения цели обработки персональных данных.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в том числе и в случае ставших мне известными фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без моего согласия при



Приложение 2  
к постановлению Правительства Иркутской  
области  
от 26 июня 2024 года № 488-пп

«Приложение  
к Положению о предоставлении компенсации  
расходов на оплату стоимости проезда  
отдельных категорий граждан в Бийский  
филиал имени Михаила Никитовича Наумова  
Частного образовательного учреждения  
дополнительного профессионального  
образования «Центр реабилитации слепых»  
Общероссийской общественной организации  
инвалидов «Всероссийское ордена Трудового  
Красного Знамени общество слепых»,  
учреждение «Центр восстановительной  
терапии для воинов-интернационалистов  
им. М.А.Лиходея», областное государственное  
автономное учреждение социального  
обслуживания «Реабилитационный центр  
«Шелеховский», общество с ограниченной  
ответственностью «Парк-Отель «Марат»,  
общество с ограниченной ответственностью  
«Холтон» и обратно»

В государственное учреждение Иркутской области, подведомственное  
министерству социального развития, опеки и попечительства Иркутской  
области \_\_\_\_\_  
расположенное по адресу: \_\_\_\_\_

от гражданина \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

\_\_\_\_\_ (день, месяц и год рождения)  
адрес места жительства (пребывания): \_\_\_\_\_

номер телефона: \_\_\_\_\_  
данные документа, удостоверяющего личность гражданина (паспорт):  
серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан (кем и когда) \_\_\_\_\_

В случае подачи заявления представителем гражданина:  
\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. представителя гражданина полностью,

\_\_\_\_\_ (день, месяц и год рождения)

действующего на основании \_\_\_\_\_

(документ, подтверждающий полномочия представителя гражданина)  
адрес места жительства (пребывания): \_\_\_\_\_

номер телефона: \_\_\_\_\_

данные документа, удостоверяющего личность представителя гражданина  
(паспорт): серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан (кем и когда) \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу выплатить компенсацию расходов на оплату стоимости проезда, в том числе расходов на оплату стоимости проезда сопровождающего лица (нужное подчеркнуть) в

\_\_\_\_\_ (далее - компенсация).

(указывается вид транспорта, стоимость проезда, пункт отправления и пункт назначения)

Реквизиты лицевого счета, открытого в банке или иной кредитной организации на имя гражданина, сопровождающего лица (в случае сопровождения гражданина), реквизиты организации федеральной почтовой связи: \_\_\_\_\_

К заявлению прилагаю:

1. \_\_\_\_\_;
2. \_\_\_\_\_;
3. \_\_\_\_\_;
4. \_\_\_\_\_;
5. \_\_\_\_\_.

Достоверность указанных в заявлении сведений подтверждаю.

Об ответственности за недостоверность представленных сведений предупрежден (предупреждена).

В соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» (далее - Федеральный закон № 152-ФЗ) даю согласие на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку персональных данных, а именно: на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Даю согласие на обработку следующих персональных данных: фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, адрес места жительства (пребывания), данные паспорта (или иного документа, удостоверяющего личность) и иные персональные данные, содержащиеся в документах, прилагаемых к настоящему заявлению.

Обработка персональных данных осуществляется в целях предоставления компенсации.

Настоящее согласие действует со дня его подписания в течение трех лет.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в том числе и в случае ставших мне известными фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без моего согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6 Федерального закона № 152-ФЗ.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись и расшифровка подписи гражданина) ».



Приложение 3

к постановлению Правительства  
Иркутской области  
от 26 июня 2024 года № 488-пп

«Приложение  
к Положению о предоставлении  
компенсации расходов на оплату стоимости  
проезда проживающим на территории  
Иркутской области и нуждающимся в  
диагностике и (или) лечении детям-  
инвалидам, инвалидам, а также лицам,  
сопровождающим детей-инвалидов и  
инвалидов I группы, к месту диагностики и  
(или) лечения в отдельные медицинские  
организации государственной системы  
здравоохранения Иркутской области и  
обратно

В государственное учреждение Иркутской области, подведомственное  
министерству социального развития, опеки и попечительства Иркутской  
области

расположенное по адресу: \_\_\_\_\_

от гражданина \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

(день, месяц и год рождения)

адрес места жительства (пребывания): \_\_\_\_\_

номер телефона: \_\_\_\_\_

данные документа, удостоверяющего личность гражданина (паспорт):

серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан (кем и когда) \_\_\_\_\_

В случае подачи заявления представителем гражданина:

(Ф.И.О. представителя гражданина полностью)

(день, месяц и год рождения)

действующего на основании \_\_\_\_\_

(документ, подтверждающий полномочия представителя гражданина)

адрес места жительства (пребывания): \_\_\_\_\_

номер телефона: \_\_\_\_\_

данные документа, удостоверяющего личность представителя (паспорт):

серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан (кем и когда) \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить компенсацию расходов на оплату стоимости проезда к месту диагностики и (или) лечения и обратно, в том числе расходов на оплату стоимости проезда сопровождающего лица (далее - компенсация),

в \_\_\_\_\_

(указывается медицинская организация государственной системы здравоохранения Иркутской области)  
гражданин \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. направляемого на диагностику и (или) лечение гражданина)  
и сопровождающее лицо \_\_\_\_\_

(заполняется Ф.И.О., дата рождения, адрес места жительства (пребывания), данные документа, удостоверяющего личность сопровождающего лица)

Реквизиты счета, открытого в банке или иной кредитной организации на имя гражданина (законного представителя) ребенка-инвалида, сопровождающего лица (в случае сопровождения гражданина), реквизиты организации федеральной почтовой связи:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Сведения о совместно проживающих членах семьи гражданина:

№ п/п	Ф.И.О.	Степень родства	Данные документа, удостоверяющего личность (паспорт, свидетельство о рождении): серия, №, кем и когда выдан

К заявлению прилагаю:

1. \_\_\_\_\_ ;
2. \_\_\_\_\_ ;
3. \_\_\_\_\_ ;

4. \_\_\_\_\_ ;  
 5. \_\_\_\_\_ ;

Достоверность указанных в заявлении сведений подтверждаю.

Об ответственности за недостоверность представленных сведений предупрежден (предупреждена).

В соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» (далее - Федеральный закон № 152-ФЗ) даю(ем) согласие на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку персональных данных, а именно: на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Даю(ем) согласие на обработку следующих персональных данных: фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, адрес места жительства (пребывания), сведения о трудовой деятельности, данные паспорта (или иного документа, удостоверяющего личность), сведения о доходах и иные персональные данные, содержащиеся в документах, прилагаемых к настоящему заявлению.

Обработка персональных данных осуществляется в целях предоставления компенсации.

Настоящее согласие действует со дня его подписания в течение трех лет.

Оставляю(ем) за собой право отозвать согласие полностью или частично по собственной инициативе на основании личного письменного заявления, в том числе и в случае ставших мне(нам) известными фактов нарушения моих(наших) прав при обработке персональных данных. В случае получения письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без моего(нашего) согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6 Федерального закона № 152-ФЗ.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
 (дата)

\_\_\_\_\_ )  
 (подпись и расшифровка подписи гражданина) ».

Приложение 4

к постановлению Правительства  
Иркутской области  
от 26 июня 2024 года № 488-пп

«Приложение 2

к Положению о предоставлении  
бесплатного проезда проживающим на  
территории Иркутской области и  
нуждающимся в диагностике и (или)  
лечении детям-инвалидам, инвалидам, а  
также лицам, сопровождающим детей-  
инвалидов и инвалидов I группы, к месту  
диагностики и (или) лечения в отдельные  
медицинские организации  
государственной системы  
здравоохранения Иркутской области и  
обратно

В государственное учреждение Иркутской области, подведомственное  
министерству социального развития, опеки и попечительства Иркутской области

расположенное по адресу: \_\_\_\_\_

от гражданина \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью,

\_\_\_\_\_ (день, месяц и год рождения)

адрес места жительства (пребывания): \_\_\_\_\_

номер телефона: \_\_\_\_\_

данные документа, удостоверяющего личность гражданина (паспорт):

серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан (кем и когда) \_\_\_\_\_

В случае подачи заявления представителем гражданина:

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. представителя гражданина полностью,

\_\_\_\_\_ (день, месяц и год рождения)

действующего на основании \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (документ, подтверждающий полномочия представителя гражданина)

адрес места жительства (пребывания): \_\_\_\_\_

номер телефона: \_\_\_\_\_

данные документа, удостоверяющего личность представителя (паспорт):  
серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан (кем и когда) \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу выдать направление на получение бесплатных проездных документов (билетов) к месту диагностики и (или) лечения в \_\_\_\_\_

(указывается медицинская организация государственной системы  
здравоохранения Иркутской области)

и обратно гражданину \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. направляемого на диагностику и (или) лечение гражданина)

и сопровождающему лицу \_\_\_\_\_

(заполняется Ф.И.О., дата рождения, адрес места жительства (пребывания), данные документа,  
удостоверяющего личность сопровождающего лица)

#### Сведения о совместно проживающих членах семьи гражданина:

№ п/п	Ф.И.О.	Степень родства	Данные документа, удостоверяющего личность (паспорт, свидетельство о рождении): серия, №, кем и когда выдан

К заявлению прилагаю:

1. \_\_\_\_\_ ;
2. \_\_\_\_\_ ;
3. \_\_\_\_\_ ;
4. \_\_\_\_\_ ;
5. \_\_\_\_\_ ;
6. \_\_\_\_\_ ;
7. \_\_\_\_\_ .

Достоверность указанных в заявлении сведений подтверждаю.

Об ответственности за недостоверность представленных сведений предупрежден (предупреждена).

В соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» (далее - Федеральный закон № 152-ФЗ) даю(ем) согласие на автоматизированную, а также без использования

средств автоматизации обработку персональных данных, а именно: на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Даю(ем) согласие на обработку следующих персональных данных: фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, адрес места жительства (пребывания), сведения о трудовой деятельности, данные паспорта (или иного документа, удостоверяющего личность), сведения о доходах и иные персональные данные, содержащиеся в документах, прилагаемых к настоящему заявлению.

Обработка персональных данных осуществляется в целях предоставления бесплатного проезда к месту диагностики и (или) лечения отдельным категориям граждан в Иркутской области в медицинские организации государственной системы здравоохранения Иркутской области и обратно.

Даю(ем) согласие на обработку следующих персональных данных: фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, адрес места жительства (пребывания), сведения о трудовой деятельности, данные паспорта (или иного документа, удостоверяющего личность), сведения о доходах и иные персональные данные, содержащиеся в документах, прилагаемых к настоящему заявлению.

Обработка персональных данных осуществляется в целях предоставления бесплатного проезда к месту диагностики и (или) лечения отдельным категориям граждан в Иркутской области в медицинские организации государственной системы здравоохранения Иркутской области и обратно.

Настоящее согласие действует со дня его подписания в течение трех лет.

Я(мы) оставляем за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по собственной инициативе на основании личного письменного заявления, в том числе и в случае ставших мне(нам) известными фактов нарушения моих(наших) прав при обработке персональных данных. В случае получения письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без моего(нашего) согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6 Федерального закона № 152-ФЗ.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(дата)

\_\_\_\_\_ ».  
(подпись и расшифровка подписи гражданина)

Приложение 5

к постановлению Правительства  
Иркутской области  
от 26 июня 2024 года № 488-пп

«Приложение  
к Положению о предоставлении  
компенсации расходов на оплату стоимости  
проезда проживающим на территории  
Иркутской области и нуждающимся в  
лечении больным туберкулезом, больным  
со злокачественными новообразованиями,  
беременным женщинам и роженицам, в  
том числе несовершеннолетним детям из  
числа указанных категорий граждан, а  
также лицам, сопровождающим  
несовершеннолетних детей, к месту  
лечения в отдельные медицинские  
организации государственной системы  
здравоохранения и обратно

В министерство здравоохранения Иркутской области  
расположенное по адресу: \_\_\_\_\_

от гражданина \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью,

день, месяц и год рождения)

адрес места жительства (пребывания): \_\_\_\_\_

наличие инвалидности: ДА/НЕТ (нужное подчеркнуть)

номер \_\_\_\_\_

телефона: \_\_\_\_\_

данные документа, удостоверяющего личность гражданина (паспорт):

серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан (кем и когда) \_\_\_\_\_

В случае подачи заявления представителем гражданина:

(Ф.И.О. представителя гражданина полностью,

день, месяц и год рождения)

действующего на основании \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (документ, подтверждающий полномочия представителя гражданина)

адрес места жительства (пребывания): \_\_\_\_\_

номер телефона: \_\_\_\_\_

данные документа, удостоверяющего личность представителя (паспорт):  
серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан (кем и когда) \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить компенсацию расходов на оплату стоимости проезда к месту лечения и обратно, в том числе расходов на оплату стоимости проезда сопровождающего лица, в \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (указывается медицинская организация государственной системы здравоохранения Иркутской области)

гражданин \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. направляемого на лечение гражданина)

Реквизиты счета, открытого в банке или иной кредитной организации на имя гражданина, законного представителя несовершеннолетнего ребенка, сопровождающего лица (в случае сопровождения несовершеннолетнего ребенка), реквизиты организации федеральной почтовой связи:

К заявлению прилагаю:

1. \_\_\_\_\_ ;
2. \_\_\_\_\_ ;
3. \_\_\_\_\_ ;
4. \_\_\_\_\_ ;
5. \_\_\_\_\_ ;
6. \_\_\_\_\_ .

Достоверность указанных в заявлении сведений подтверждаю.

Об ответственности за недостоверность представленных сведений предупрежден (предупреждена).

В соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» (далее - Федеральный закон № 152-ФЗ) даю(ем) согласие на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку персональных данных, а именно: на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление,



доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Даю(ем) согласие на обработку следующих персональных данных: фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, адрес места жительства (пребывания), сведения о трудовой деятельности, данные паспорта (или иного документа, удостоверяющего личность), сведения о доходах и иные персональные данные, содержащиеся в документах, прилагаемых к настоящему заявлению.

Обработка персональных данных осуществляется в целях предоставления компенсации.

Настоящее согласие действует со дня его подписания в течение трех лет.

Оставляю(ем) за собой право отозвать согласие полностью или частично по собственной инициативе на основании личного письменного заявления, в том числе и в случае ставших мне(нам) известными фактов нарушения моих(наших) прав при обработке персональных данных. В случае получения письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без моего(нашего) согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6 Федерального закона № 152-ФЗ.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись и расшифровка подписи гражданина) ».

Приложение 6

к постановлению Правительства  
Иркутской области  
от 26 июня 2024 года № 488-пп

«Приложение  
к Положению о предоставлении компенсации  
расходов на оплату стоимости проезда  
проживающим на территории Иркутской  
области беременным женщинам,  
нуждающимся в проведении скринингового  
ультразвукового исследования плода при сроке  
беременности 11 - 14 недель, 19 - 21 неделя в  
кабинетах антенатальной охраны плода, к  
месту диагностики в отдельные медицинские  
организации государственной системы  
здравоохранения Иркутской области и обратно

В министерство здравоохранения Иркутской области  
расположенное по адресу: \_\_\_\_\_

от гражданина \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью,

день, месяц и год рождения)

адрес места жительства (пребывания): \_\_\_\_\_

наличие инвалидности: ДА/НЕТ (нужное подчеркнуть)

номер

телефона:

данные документа, удостоверяющего личность гражданина (паспорт):

серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан (кем и когда) \_\_\_\_\_

В случае подачи заявления представителем гражданина:

(Ф.И.О. представителя гражданина полностью,

день, месяц и год рождения)

действующего на основании \_\_\_\_\_

(документ, подтверждающий полномочия представителя гражданина)

адрес места жительства (пребывания): \_\_\_\_\_

номер телефона: \_\_\_\_\_

данные документа, удостоверяющего личность представителя (паспорт):  
серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан (кем и когда) \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить компенсацию расходов на оплату стоимости проезда для проведения скринингового ультразвукового исследования плода при сроке беременности 11 - 14 недель, 19 - 21 неделя в кабинетах антенатальной охраны плода к месту диагностики в отдельные медицинские организации государственной системы здравоохранения Иркутской области и обратно, (далее - компенсация), в \_\_\_\_\_

(указывается медицинская организация государственной системы  
здравоохранения Иркутской области)

гражданин \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. направляемого на диагностику гражданина)

Реквизиты счета, открытого в банке или иной кредитной организации на имя гражданина, реквизиты организации федеральной почтовой связи:

К заявлению прилагаю:

1. \_\_\_\_\_ ;
2. \_\_\_\_\_ ;
3. \_\_\_\_\_ ;
4. \_\_\_\_\_ ;
5. \_\_\_\_\_ ;
6. \_\_\_\_\_ .

Достоверность указанных в заявлении сведений подтверждаю.

Об ответственности за недостоверность представленных сведений предупрежден (предупреждена).

В соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» (далее - Федеральный закон № 152-ФЗ) даю(ем) согласие на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку персональных данных, а именно: на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Даю(ем) согласие на обработку следующих персональных данных:

фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, адрес места жительства (пребывания), сведения о трудовой деятельности, данные паспорта (или иного документа, удостоверяющего личность), сведения о доходах и иные персональные данные, содержащиеся в документах, прилагаемых к настоящему заявлению.

Обработка персональных данных осуществляется в целях предоставления компенсации.

Настоящее согласие действует со дня его подписания в течение трех лет.

Оставляю(ем) за собой право отозвать согласие полностью или частично по собственной инициативе на основании личного письменного заявления, в том числе и в случае ставших мне(нам) известными фактов нарушения моих(наших) прав при обработке персональных данных. В случае получения письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без моего(нашего) согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6 Федерального закона № 152-ФЗ.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись и расшифровка подписи гражданина) ».