

АДМИНИСТРАЦИЯ ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ  
КОМИТЕТ ПО СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЕ НАСЕЛЕНИЯ  
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

04.04.2024

№ 04-21

Санкт-Петербург

**О внесении изменений в приказ комитета по социальной защите населения  
Ленинградской области от 02 марта 2022 года № 04-11  
«Об утверждении административного регламента предоставления  
государственной услуги по определению права на дополнительную меру  
социальной поддержки в виде специального транспортного обслуживания  
отдельных категорий граждан»**

В соответствии с постановлением Правительства Ленинградской области от 11 ноября 2021 года № 711 «О дополнительной мере социальной поддержки в виде специального транспортного обслуживания отдельных категорий граждан» п р и к а з ы в а ю:

1. Внести в Административный регламент предоставления государственной услуги по определению права на дополнительную меру социальной поддержки в виде специального транспортного обслуживания отдельных категорий граждан, утвержденный приказом комитета по социальной защите населения Ленинградской области 2 марта 2022 года № 04-11 «Об утверждении административного регламента предоставления государственной услуги по определению права на дополнительную меру социальной поддержки в виде специального транспортного обслуживания отдельных категорий граждан», следующие изменения:

а) в пункте 2.6:

подпункт 2 признать утратившим силу;

абзац второй подпункта 2.6.1 изложить в следующей редакции:

«Медицинское заключение должно быть оформлено по форме, утвержденной распоряжением комитета по здравоохранению Ленинградской области от 11 декабря 2023 года № 625-о «Об утверждении формы медицинского заключения для предоставления меры дополнительной меры социальной поддержки в виде специального транспортного обслуживания отдельных категорий граждан».»;

пункт 2.6.2 изложить в следующей редакции:

«2.6.2. Для детей, перенесших пересадку костного мозга, дополнительно к документам, перечисленным в пункте 2.6 настоящего регламента, представляется медицинское заключение о пересадке костного мозга (при реализации технической возможности сведения будут запрашиваться в рамках межведомственного информационного взаимодействия).

Медицинское заключение должно быть оформлено по форме, утвержденной распоряжением комитета по здравоохранению Ленинградской области от 11 декабря 2023 года № 625-о «Об утверждении формы медицинского заключения для предоставления меры дополнительной меры социальной поддержки в виде специального транспортного обслуживания отдельных категорий граждан».»;

абзац второй подпункта 2.6.5 изложить в следующей редакции:

«Медицинское заключение должно быть оформлено по форме, утвержденной распоряжением комитета по здравоохранению Ленинградской области от 11 декабря 2023 года № 625-о «Об утверждении формы медицинского заключения для предоставления меры дополнительной меры социальной поддержки в виде специального транспортного обслуживания отдельных категорий граждан».»;

подпункт 2.6.10 изложить в следующей редакции:

«2.6.10. Для граждан, страдающих злокачественными новообразованиями III или IV стадии и нуждающихся по медицинским показаниям в проведении химиотерапевтических или радиотерапевтических методов лечения или в оперативном вмешательстве, дополнительно к документам, перечисленным в пункте 2.6 настоящего регламента, предоставляется:

справка об установлении инвалидности, выданная федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы (при наличии);

медицинское заключение о наличии злокачественного новообразования III или IV стадии и необходимости проведения химиотерапевтических или радиотерапевтических методов лечения или в оперативном вмешательстве.

Медицинское заключение предоставляется по форме, утвержденной распоряжением комитета по здравоохранению Ленинградской области от 11 декабря 2023 года № 625-о «Об утверждении формы медицинского заключения для предоставления меры дополнительной меры социальной поддержки в виде специального транспортного обслуживания отдельных категорий граждан».»;

б) приложение 1 (Заявление о предоставлении государственной услуги по определению права на дополнительную меру социальной поддержки в виде специального транспортного обслуживания отдельных категорий граждан) изложить в новой редакции согласно приложению к настоящему приказу;

в) приложение 2 (Согласие гражданина на обработку персональных данных) признать утратившим силу.

2. Настоящий приказ вступает в силу с даты официального опубликования.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя председателя комитета по социальной защите населения Ленинградской области, курирующего деятельность отдела социальной политики в сфере семьи.

Первый заместитель председателя  
комитета по социальной защите населения  
Ленинградской области



В.А. Александрова

ПРИЛОЖЕНИЕ  
к приказу комитета  
по социальной защите населения  
Ленинградской области  
от 04.04.2024 № 04-21

«Приложение 1  
к административному регламенту  
предоставления государственной услуги  
по определению права на дополнительную меру  
социальной поддержки в виде специального  
транспортного обслуживания отдельных  
категорий граждан

ЛОГКУ «Центр социальной защиты  
населения»

от \_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество (при наличии)  
гражданина)*

\_\_\_\_\_  
*(дата рождения гражданина)*

Реквизиты документа, удостоверяющего  
личность/свидетельства о рождении для  
граждан РФ в возрасте до 14 лет:

серия  
и номер \_\_\_\_\_

дата выдачи \_\_\_\_\_

кем выдан \_\_\_\_\_

код  
подразделения \_\_\_\_\_

гражданство \_\_\_\_\_

Реквизиты документа, подтверждающего  
сведения о месте регистрации и(или)  
фактическом проживании заявителя  
в Ленинградской области:

---

---

---

Адрес регистрации (сведения о фактическом проживании) заявителя в Ленинградской области:

---

От

---

*(фамилия, имя, отчество (при наличии)  
представителя,*

---

*реквизиты документа, подтверждающего  
полномочия представителя,*

---

*реквизиты документа, удостоверяющего  
личность представителя заявителя)*

### Заявление

о предоставлении государственной услуги по определению права на  
дополнительную меру социальной поддержки в виде специального транспортного  
обслуживания отдельных категорий граждан

Прошу \_\_\_\_\_ предоставить \_\_\_\_\_ мне/несовершеннолетнему \_\_\_\_\_ гражданину  
(ребенку)/доверителю

*(нужное отметить)*

дополнительную меру социальной поддержки в виде специального транспортного  
обслуживания отдельных категорий граждан как

<p>ребенку-инвалиду, _____ имеющему _____ ограничение _____ способности к передвижению и нуждающемуся в обеспечении техническими средствами реабилитации, перечень которых предусмотрен пунктами 6</p>
--

	и 7 утвержденной приказом Минтруда России от 13 февраля 2018 года № 86н классификации технических средств реабилитации (изделий) в рамках федерального перечня реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2005 года № 2347-р (далее - классификация)
	ребенку-инвалиду в возрасте до 7 лет
	ребенку-инвалиду по зрению
	ребенку-инвалиду, страдающему злокачественными новообразованиями, в том числе злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственной им тканей
	ребенку, перенесшему пересадку костного мозга
	ребенку-инвалиду с 3 или 2 степенью ограничения способности контролировать свое поведение
	инвалиду, имеющему I группу инвалидности
	инвалиду Великой Отечественной войны
	участнику Великой Отечественной войны
	ветерану боевых действий, имеющему I или II группу инвалидности и относящемуся к лицам, указанным в подпункте 1 пункта 1 статьи 3 Федерального закона от 12 января 1995 года № 5-ФЗ «О ветеранах», выполнявшим задачи в ходе специальной военной операции на территориях Украины, Донецкой Народной Республики и Луганской Народной Республики с 24 февраля 2022 года, на территориях Запорожской области и Херсонской области с 30 сентября 2022 года
	ветерану боевых действий, имеющему I или II группу инвалидности и относящемуся к лицам, указанным в подпунктах 1.1, 2.2, 9 пункта 1 статьи 3 Федерального закона от 12 января 1995 года № 5-ФЗ «О ветеранах»
	инвалиду/ребенку-инвалиду, страдающему хронической почечной недостаточностью и нуждающемуся по медицинским показаниям в проведении заместительной почечной терапии
	инвалиду, имеющему ограничения способности к передвижению и нуждающемуся в обеспечении техническими средствами реабилитации, перечень которых предусмотрен пунктами 6 и 7 классификации

	инвалиду по зрению
	инвалиду I или II группы, имеющему 3 степень ограничения способности к трудовой деятельности, признанному инвалидом до 1 января 2010 года без указания срока переосвидетельствования
	гражданину, страдающему злокачественными новообразованиями III или IV стадии и нуждающемуся по медицинским показаниям в проведении химиотерапевтических или радиотерапевтических методов лечения или в оперативном вмешательстве
	гражданину старше 80 лет
	бывшему несовершеннолетнему узнику концлагерей, гетто и других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в периоды Второй мировой войны, имеющему II группу инвалидности
	гражданину, награжденному знаком «Жителю блокадного Ленинграда»
	ребенку гражданина, погибшего (умершего) вследствие выполнения задач в ходе специальной военной операции

Достоверность и полноту настоящих сведений подтверждаю.

( \_\_\_\_\_ ) " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г.

*(подпись)*

*(Ф.И.О.)*

*дата заполнения  
заявления*

К заявлению прилагаю:

Наименование документа	Количество документов

Обязуюсь в письменной форме уведомить ЛОГКУ «Центр социальной защиты населения» о наступлении обстоятельств, влияющих на предоставление услуги (перемена места жительства и др.)

\_\_\_\_\_  
*(подпись)*

Результат рассмотрения заявления прошу:


выдать на руки в филиале ЦСЗН

направить на адрес электронной почты (указать адрес):

направить по почте (указать адрес):

Сотрудником \_\_\_\_\_

*(наименование филиала ЦСЗН)*

удостоверен факт собственноручной подписи заявителя (представителя заявителя) в заявлении

\_\_\_\_\_  
*(подпись, расшифровка подписи)*

Заявление и документы в количестве \_\_\_\_\_ шт. приняты от:  
заявителя (представителя заявителя) *(нужное подчеркнуть)*

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года и зарегистрированы в журнале регистрации под № \_\_\_\_.

Специалист ЦСЗН \_\_\_\_\_

*(подпись)*

*(фамилия, инициалы)*

Расписка-уведомление о приеме заявления и документов для предоставления государственной услуги

Заявление

гр. \_\_\_\_\_

и поименованные в заявлении документы в количестве \_\_\_\_\_ штук принял и зарегистрировал « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Специалист  
ЦСЗН \_\_\_\_\_

телефон \_\_\_\_\_

*(подпись)*

*(фамилия,  
инициалы)»*