

АДМИНИСТРАЦИЯ ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ
КОМИТЕТ ПО СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЕ НАСЕЛЕНИЯ
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

22.11.2024

№ 04-87

Санкт-Петербург

О внесении изменений в приказ комитета по социальной защите населения Ленинградской области от 27 июня 2024 года № 04-38 «Об утверждении административного регламента предоставления на территории Ленинградской области государственной услуги по принятию решения о предоставлении (отказе в предоставлении) единовременной выплаты женщинам, родившим в медицинской организации, расположенной на территории Ленинградской области, и нуждающимся в перевозке из медицинской организации к месту жительства на территории Ленинградской области»

В соответствии с пунктом 1.5 Положения о комитете по социальной защите населения Ленинградской области, утвержденного постановлением Правительства Ленинградской области от 25 декабря 2007 года № 337, п р и к а з ы в а ю:

1. Внести в административный регламент предоставления на территории Ленинградской области государственной услуги по принятию решения о предоставлении (отказе в предоставлении) единовременной выплаты женщинам, родившим в медицинской организации, расположенной на территории Ленинградской области, и нуждающимся в перевозке из медицинской организации к месту жительства на территории Ленинградской области, утвержденный приказом комитета по социальной защите населения Ленинградской области от 27 июня 2024 года № 04-38, изменения согласно приложению к настоящему приказу.

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

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя председателя комитета по социальной защите населения Ленинградской области.

Председатель комитета по
социальной защите населения
Ленинградской области



А.Е. Толмачева

Государственный регистрационный номер:	04-87
Дата государственной регистрации:	22.11.2024

Приложение
к приказу комитета
по социальной защите населения
Ленинградской области
от 22.11.2024 года № 04-87

ИЗМЕНЕНИЯ,

которые вносятся в административный регламент предоставления на территории Ленинградской области государственной услуги по принятию решения о предоставлении (отказе в предоставлении) единовременной выплаты женщинам, родившим в медицинской организации, расположенной на территории Ленинградской области, и нуждающимся в перевозке из медицинской организации к месту жительства на территории Ленинградской области, утвержденный приказом комитета по социальной защите населения Ленинградской области от 27 июня 2024 года № 04-38

пункт 1.2 изложить в следующей редакции:

«1.2. Заявителем, имеющим право обратиться за получением государственной услуги, является женщина (далее - заявитель) из числа граждан Российской Федерации, имеющая место жительства на территории Ленинградской области, родившая в медицинской организации, расположенной на территории Ленинградской области на расстоянии не менее 30 км от места ее жительства, в целях компенсации транспортных расходов на:

дорогу беременных женщин, планово направляемых в медицинскую организацию, расположенную на территории Ленинградской области, в которой планируется родоразрешение;

дорогу женщин, родивших в медицинской организации, расположенной на территории Ленинградской области, к месту их жительства на территории Ленинградской области.

Расстояние от медицинской организации до места жительства женщины определяется длиной маршрута в соответствии с интернет-сервисом "Яндекс.Карты".»;

пункт 1.2.1 признать утратившим силу;

в пункте 2.4 цифры «10» заменить цифрой «9»;

пункт 2.6 дополнить подпунктом 8 следующего содержания:

«8) документ, подтверждающий плановое направление женщины в медицинскую организацию, расположенную на территории Ленинградской области, в которой планируется родоразрешение (направление в медицинскую организацию с указанием полного наименования и точного адреса медицинской организации и выписка из медицинской организации, в которой произошло родоразрешение, содержащая сведения об отсутствии факта экстренной госпитализации).»;

в пункте 2.8:

абзац седьмой признать утратившим силу;

дополнить абзацами следующего содержания:

«В случае установления факта наличия в заявлении и(или) документах (сведениях), представленных заявителем, неполной информации ЦСЗН приостанавливает предоставление государственной услуги и не позднее одного рабочего дня со дня принятия данного решения уведомляет заявителя о приостановлении рассмотрения заявления с указанием информации, подлежащей корректировке, но не более чем на 5 рабочих дней со дня получения заявителем уведомления.

Заявитель в течение 5 рабочих дней после получения уведомления о приостановке предоставления государственной услуги направляет в ЦСЗН (способом, указанным в заявлении) доработанное заявление и(или) доработанные документы (сведения).

При подаче заявления посредством ЕПГУ/ПГУ ЛО (при технической реализации) ЦСЗН в случае необходимости представления документов (сведений), обязанность по представлению которых возложена на заявителя, не позднее одного рабочего дня со дня регистрации заявления направляет заявителю через ЕПГУ/ПГУ ЛО (при технической реализации) уведомление о необходимости представления документов (сведений).

Заявитель в течение 5 рабочих дней со дня получения уведомления ЦСЗН представляет документы (сведения).

В случае если при личном обращении за предоставлением государственной услуги через МФЦ заявителем представлен неполный комплект документов (сведений), обязанность по представлению которых возложена на заявителя, заявитель обязан представить в ЦСЗН в течение 5 рабочих дней со дня регистрации заявления ЦСЗН недостающие документы (сведения).»;

подпункт 2 пункта 2.9 признать утратившим силу;

пункт 2.10 дополнить подпунктом 4 следующего содержания:

«4) представление неполного комплекта документов, подлежащих представлению заявителем в соответствии с административным регламентом.»;

абзац четвертый подпункта «а» пункта 6.3 признать утратившим силу;

приложение 1 изложить в следующей редакции:

«

Приложение 1
к административному регламенту
предоставления на территории
Ленинградской области государственной
услуги по принятию решения
о предоставлении (отказе в предоставлении)
единовременной выплаты женщинам,

родившим в медицинской организации,
расположенной на территории Ленинградской области,
и нуждающимся в перевозке из медицинской организации
к месту жительства на территории Ленинградской области

форма

ЛОГКУ "Центр социальной защиты населения"

от

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

Реквизиты документа, удостоверяющего
личность заявителя/представителя заявителя:

вид документа

серия и номер

дата выдачи

кем выдан

код
подразделения

гражданство

*сведения о месте жительства, телефон, e-
mail*

Реквизиты документа, подтверждающего право представителя заявителя представлять интересы <*>:

вид документа _____

серия и номер _____

дата выдачи _____

кем выдан _____

**Заявление
о предоставлении государственной услуги**

Прошу назначить единовременную выплату в соответствии с постановлением Правительства Ленинградской области от 15 мая 2024 года № 301 «О дополнительной мере социальной поддержки в виде единовременной выплаты женщинам, родившим в медицинской организации, расположенной на территории Ленинградской области, и о внесении изменения в постановление Правительства Ленинградской области от 25 декабря 2007 года № 337 «Об утверждении Положения о комитете по социальной защите населения Ленинградской области»

Фамилия, имя, отчество заявителя (при наличии)	
Дата рождения	
Гражданство	
Адрес места жительства	Ленинградская область,
Дата рождения несовершеннолетнего(них)	
Медицинская организация, в которой произошли роды (указывается полный адрес)	Ленинградская область,

Паспорт гражданки РФ	серия и номер	
	дата выдачи	
	код подразделения	
Сведения об изменении ФИО (указываются ФИО до изменения, дата и номер документа/актовой записи об изменении ФИО, орган, выдавший документ об изменении ФИО)		

Денежные средства прошу выплатить на текущий счет, открытый в кредитной организации

Заявляю, что за период с ___ по ___ (указывается необходимый расчетный период доходов) моя семья состоит из:

1. _____
2. _____
3. _____

(указываются полные ФИО, даты рождения)

Фамилия, имя, отчество (супруга)		
Степень родства к ребенку - для родителей		
Дата рождения (супруга)		
СНИЛС (супруга)		
Паспорт гражданина РФ (супруга)	серия и номер	
	дата выдачи	

	код подразделения	
Реквизиты актовой записи о регистрации брака - для супруга	№ и дата актовой записи	
	наименование органа, составившего запись	
Реквизиты актовой записи о смерти	№ и дата актовой записи	
	наименование органа, составившего запись	
Сведения об изменении ФИО (указываются ФИО до изменения и основание изменений)	ФИО до изменения	
	основание для изменения	
	номер и дата актовой записи	
	наименование органа, составившего запись	
Сведения о детях:		
Фамилия, имя, отчество		
Дата рождения		
Адрес места жительства		
СНИЛС		
Реквизиты актовой записи о рождении	№ и дата актовой записи	
	наименование органа, составившего запись	
Паспорт РФ (ребенка, при наличии)	серия и номер	
	дата выдачи	
	код подразделения	
Сведения о доходах семьи:		
Сведения о постановке на учет в государственную		

<p>службу занятости населения (да/нет) с указанием наименования службы занятости населения</p>		
<p>Сведения о трудоустройстве родителя (родителей) на дату подачи заявления (да/нет) с указанием наименования организации и даты трудоустройства</p>		
<p>В случае отсутствия у родителя трудовой книжки и(или) сведений о трудовой деятельности, предусмотренных Трудовым кодексом Российской Федерации (при наличии), гражданин сообщает (поставить отметку(и) "V"):</p>	<p>не имею трудовой книжки и(или) сведений о трудовой деятельности, предусмотренных Трудовым кодексом Российской Федерации</p>	
	<p>нигде не работал(а) и не работаю по трудовому договору</p>	
	<p>не осуществляю деятельность в качестве индивидуального предпринимателя, адвоката, нотариуса, занимающегося частной практикой, не отношусь к иным физическим лицам, профессиональная деятельность которых в соответствии с федеральными законами подлежит государственной регистрации и(или) лицензированию</p>	

Прошу исключить из общей суммы дохода выплаченные алименты в сумме _____ руб. ____ коп., удерживаемые по

(основание для удержания алиментов, Ф.И.О. лица, в пользу которого производятся удержания)

К заявлению прилагаю:

N п/п	Наименование документа	Количество о документов

Согласен(а) на запрос документов (сведений), необходимых для предоставления государственных(ой) услуг(и).

Предупрежден(а) о том, что:

при представлении заведомо ложных и(или) недостоверных сведений, а также при умолчании о фактах, влекущих отказ в предоставлении, прекращение предоставления мер(ы) социальной поддержки, предусмотрена уголовная ответственность статьей 159.2 Уголовного кодекса Российской Федерации;

при запросе документов (сведений) ЦСЗН, необходимых для предоставления государственных(ой) услуг(и), вопрос предоставления государственных(ой) услуг(и) будет рассмотрен после получения сведений и о возможности представления таких документов (сведений) по собственной инициативе;

при наступлении обстоятельств, влияющих на предоставление меры социальной поддержки (например: перемена места жительства, изменение персональных данных), необходимо письменно известить ЦСЗН через МФЦ, либо ПГУ ЛО, либо ЕПГУ не позднее чем в месячный срок со дня наступления соответствующих обстоятельств.

Уведомлен(а) о том, что возврат излишне выплаченных средств производится добровольно, в противном случае излишне выплаченные средства взыскиваются в судебном порядке.

Дата
заявления _____

(подпись заявителя (представителя
заявителя))

Результат рассмотрения заявления прошу (поставить отметку "V"):

	Выдать на руки в МФЦ
	направить в электронной форме в личный кабинет на ПГУ ЛО/ЕПГУ

(подпись)

(фамилия, инициалы заявителя
(представителя заявителя))

(дата)

Принял _____

(дата приема)

(подпись
специалиста)

(фамилия,
инициалы)

<*> В случае обращения представителя заявителя, имеющего иной документ, удостоверяющий личность, поле не заполняется и к комплекту документов прилагается копия документа.»;

приложение 9 признать утратившим силу.