



**МИНИСТЕРСТВО ТРУДА И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ**

ПРИКАЗ

16.09.2024

№ 2047-НПА

г. Новосибирск

Об утверждении формы заявления
о предоставлении ежемесячной выплаты на питание детей-инвалидов
с онкологическими, гематологическими заболеваниями и инсулинозависимой
формой сахарного диабета и детей с наследственными заболеваниями: целиакией,
муковисцидозом, фенилкетонурией

В соответствии с постановлением Правительства Новосибирской области от 15.11.2016 № 370-п «О ежемесячной выплате на питание детей-инвалидов с онкологическими, гематологическими заболеваниями и инсулинозависимой формой сахарного диабета и детей с наследственными заболеваниями: целиакией, муковисцидозом, фенилкетонурией»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить прилагаемую форму заявления о предоставлении ежемесячной выплаты на питание детей-инвалидов с онкологическими, гематологическими заболеваниями и инсулинозависимой формой сахарного диабета и детей с наследственными заболеваниями: целиакией, муковисцидозом, фенилкетонурией (далее – заявление).

2. Управлению организации социальных выплат министерства труда и социального развития Новосибирской области (Мальцева Т.А.) обеспечить использование формы заявления, утвержденной настоящим приказом, при предоставлении государственной услуги «Назначение и выплата ежемесячной выплаты на питание детей-инвалидов с онкологическими, гематологическими заболеваниями и инсулинозависимой формой сахарного диабета и детей с наследственными заболеваниями: целиакией, муковисцидозом, фенилкетонурией» центрами социальной поддержки населения, подведомственными министерству труда и социального развития Новосибирской области (клиентскими службами).

3. Настоящий приказ вступает в силу со дня признания утратившим силу приказа министерства социального развития Новосибирской области

от 20.12.2010 № 381 «Об утверждении Административного регламента предоставления государственной услуги по предоставлению ежемесячной выплаты на питание детей-инвалидов с онкологическими, гематологическими заболеваниями и инсулинозависимой формой сахарного диабета и детей с наследственными заболеваниями: целиакией, муковисцидозом, фенилкетонурией».

Министр

Е.В. Бахарева

УТВЕРЖДЕНА
приказом министерства труда
и социального развития
Новосибирской области
от 16.09.2024 № 2047-НПА

ФОРМА

В _____

(наименование центра социальной поддержки населения (клиентской службы))

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении ежемесячной выплаты на питание детей-инвалидов с онкологическими, гематологическими заболеваниями и инсулинозависимой формой сахарного диабета и детей с наследственными заболеваниями: целиакией, муковисцидозом, фенилкетонурией

Я, _____

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии))

1. Адрес места жительства, контактный телефон, страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС);

(указывается адрес места жительства гражданина с указанием номера почтового отделения)

(указывается контактный телефон)

(указывается страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС))

Наименование документа, удостоверяющего личность		Дата выдачи	
Серия, номер документа		Дата рождения	
Кем выдан		Место рождения	

2. Прошу назначить мне ежемесячную выплату на питание детей-инвалидов с онкологическими, гематологическими заболеваниями и инсулинозависимой формой сахарного диабета и детей с наследственными заболеваниями: целиакией, муковисцидозом, фенилкетонурией

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

3. Прошу доставить денежные средства по ежемесячной выплате на питание детей-инвалидов с онкологическими, гематологическими заболеваниями и инсулинозависимой формой сахарного диабета и детей с наследственными заболеваниями: целиакией, муковисцидозом, фенилкетонурией одним из указанных способов (*отметить нужное*):

- _____
(наименование банка, № карты платежной системы «МИР»)
- _____
(наименование банка, № лицевого счета и реквизиты кредитной организации иной платежной системы)
- _____

доставлять по адресу: _____
(адрес, организация почтовой связи)

Ранее ежемесячная выплата не назначалась, назначалась (подчеркнуть).

Обязуюсь сообщить в месячный срок обо всех изменениях в семье (помещение детей в детское учреждение на полное государственное обеспечение, перемена места жительства (пребывания), изменение фамилии, снятие инвалидности у ребенка, изменение или закрытие счета и др.).

« _____ » _____ Г. _____
(дата) (подпись) (фамилия, инициалы)

К заявлению прилагаю следующие документы:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

_____ (дата) _____ (подпись заявителя)

Данные, указанные в заявлении, соответствуют документу, удостоверяющему личность	Подпись специалиста	Расшифровка подписи специалиста (фамилия, инициалы)