



МИНИСТЕРСТВО ТРУДА И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

19 апреля 2021 года

№ 65-п

г. Омск

О реализации постановления Правительства Омской области
от 7 апреля 2021 года № 129-п

В соответствии с пунктом 2 Порядка возмещения расходов, связанных с предоставлением в период с 3 по 12 мая 2021 года меры социальной поддержки в виде права бесплатного проезда по территории Омской области участникам и инвалидам Великой Отечественной войны и сопровождающим их лицам, утвержденного постановлением Правительства Омской области от 7 апреля 2021 года № 129-п, приказываю:

1. Утвердить:

1) форму отчета о фактическом количестве перевезенных в период с 3 по 12 мая 2021 года участников и инвалидов Великой Отечественной войны, указанных в подпункте 1 пункта 1 статьи 2 и статье 4 Федерального закона "О ветеранах" (далее – участники и инвалиды Великой Отечественной войны), согласно приложению № 1 к настоящему приказу;

2) форму отчета о фактическом количестве перевезенных в период с 3 по 12 мая 2021 года лиц, сопровождающих участников и инвалидов Великой Отечественной войны, согласно приложению № 2 к настоящему приказу.

2. Отчеты, предусмотренные пунктом 1 настоящего приказа, представляются в департамент финансово-экономического обеспечения Министерства труда и социального развития Омской области в срок до 12 июня 2021 года.

Заместитель Председателя
Правительства Омской области,
Министр

В.В. Куприянов

ОТЧЕТ

о фактическом количестве перевезенных в период с 3 по 12 мая 2021 года
участников и инвалидов Великой Отечественной войны, указанных
в подпункте 1 пункта 1 статьи 2 и статье 4 Федерального закона
"О ветеранах" (далее – участники и инвалиды Великой
Отечественной войны)

(наименование перевозчика (юридического лица, индивидуального предпринимателя))

№ п/п	Ф.И.О. участника, инвалида Великой Отечественной войны, наименование субъекта Российской Федерации, в котором зарегистрирован по месту жительства участник, инвалид Великой Отечественной войны*	Документ, подтверждающий принадлежность гражданина к участнику, инвалиду Великой Отечественной войны (серия, номер, когда и кем выдан)	Номер маршрута перевозки	Дата поездки	Стоимость проезда, установлен- ная в соответ- ствии с законо- дательством (руб.)
1	2	3	4	5	6

*Указываются сведения в отношении участников и инвалидов Великой Отечественной войны, не имеющих электронную транспортную карту (далее – ЭТК), предоставленную в соответствии с постановлением Правительства Омской области от 25 ноября 2009 года № 224-п "О мерах социальной поддержки по проезду отдельных категорий граждан в Омской области", а также об участниках и инвалидах Великой Отечественной войны, имеющих ЭТК и воспользовавшихся правом бесплатного проезда по территории Омской области железнодорожным транспортом в пригородном сообщении.

Расходы, связанные с перевозкой участников и инвалидов Великой Отечественной войны, не имеющих ЭТК, составляют _____ руб.

Реквизиты банковского счета:

ИНН/КПП _____

р/сч _____

к/с _____

БИК _____

(должность руководителя,
юридического лица, фамилия, имя,
отчество индивидуального предпринимателя)

(подпись)

(инициалы, фамилия)

М.П.

(для индивидуальных
предпринимателей – при наличии)

Главный бухгалтер

(подпись)

(инициалы, фамилия)

" ____ " _____ 2021 года

(инициалы, фамилия и номер телефона исполнителя)

Расчет принят: _____

(подпись)

(инициалы, фамилия руководителя департамента
информационных технологий и автоматизации
Министерства труда и социального развития
(далее – Министерство))

" ____ " _____ 2021 года

Расчет принят: _____

(подпись)

(инициалы, фамилия начальника отдела по делам
ветеранов и граждан пожилого возраста
департамента социальной поддержки
Министерства)

" ____ " _____ 2021 года

Расчет принят: _____

(подпись)

(инициалы, фамилия специалиста отдела сводной
бухгалтерской отчетности департамента
финансово-экономического обеспечения
Министерства)

" ____ " _____ 2021 года

Приложение № 2
к приказу Министерства труда и
социального развития Омской области
от 19 апреля 2021 № 65-п

ОТЧЕТ

о фактическом количестве перевезенных в период с 3 по 12 мая 2021 года лиц,
сопровождающих участников и инвалидов Великой Отечественной войны,
указанных в подпункте 1 пункта 1 статьи 2 и статье 4 Федерального закона
"О ветеранах" (далее – участники и инвалиды Великой
Отечественной войны)

(наименование перевозчика (юридического лица, индивидуального предпринимателя))

№ п/п	Ф.И.О. участника, инвалида Великой Отечественной войны, наименование субъекта Российской Федерации, в котором зарегистрирован по месту жительства участник, инвалид Великой Отечественной войны*	Документ, подтверждающий принадлежность гражданина к участнику, инвалиду Великой Отечественной войны (серия, номер, когда и кем выдан)	Номер маршрута перевозки	Дата поездки	Стоимость проезда, установлен- ная в соответ- ствии с законо- дательством (руб.)
1	2	3	4	5	6

*Указываются сведения в отношении участников и инвалидов Великой Отечественной войны, имеющих и не имеющих электронную транспортную карту (далее – ЭТК), предоставленную в соответствии с постановлением Правительства Омской области от 25 ноября 2009 года № 224-п "О мерах социальной поддержки по проезду отдельных категорий граждан в Омской области", в случае проезда совместно с сопровождающим лицом.

Расходы, связанные с перевозкой лиц, сопровождающих участников и инвалидов Великой Отечественной войны, имеющих и не имеющих ЭТК, составляют _____ руб.

Реквизиты банковского счета:

ИНН/КПП _____

р/сч _____

к/с _____

БИК _____

(должность руководителя,
юридического лица, фамилия, имя,
отчество индивидуального предпринимателя)

(подпись)

(инициалы, фамилия)

М.П.

(для индивидуальных
предпринимателей – при наличии)

Главный бухгалтер

(подпись)

(инициалы, фамилия)

" " _____ 2021 года

(инициалы, фамилия и номер телефона исполнителя)

Расчет принят: _____
(подпись) (инициалы, фамилия руководителя департамента
информационных технологий и автоматизации
Министерства труда и социального развития
(далее – Министерство))

" " _____ 2021 года

Расчет принят: _____
(подпись) (инициалы, фамилия начальника отдела по делам
ветеранов и граждан пожилого возраста
департамента социальной поддержки
Министерства)

" " _____ 2021 года

Расчет принят: _____
(подпись) (инициалы, фамилия специалиста отдела сводной
бухгалтерской отчетности департамента
финансово-экономического обеспечения
Министерства)

" " _____ 2021 года
