



# ПРАВИТЕЛЬСТВО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

## ПОСТАНОВЛЕНИЕ

25.12.2014

№ 1191-ПП

г. Екатеринбург

**О внесении изменений в Порядок возмещения стоимости затрат на прохождение первичного медицинского освидетельствования на наличие ВИЧ-инфекции, туберкулеза, сифилиса, шанкройда, хламидийной лимфогранулемы, лепры, наркологического освидетельствования участникам Программы по оказанию содействия добровольному переселению в Свердловскую область соотечественников, проживающих за рубежом, на 2013–2020 годы и членам их семей, утвержденный постановлением Правительства Свердловской области от 27.12.2013 № 1650-ПП**

В соответствии со статьей 101 Областного закона от 10 марта 1999 года № 4-ОЗ «О правовых актах в Свердловской области», в целях обеспечения реализации прав соотечественников и членов их семей на возмещение стоимости затрат на прохождение медицинского освидетельствования вне зависимости от времени переселения в Свердловскую область Правительство Свердловской области

**ПОСТАНОВЛЯЕТ:**

1. Внести в Порядок возмещения стоимости затрат на прохождение первичного медицинского освидетельствования на наличие ВИЧ-инфекции, туберкулеза, сифилиса, шанкройда, хламидийной лимфогранулемы, лепры, наркологического освидетельствования участникам Программы по оказанию содействия добровольному переселению в Свердловскую область соотечественников, проживающих за рубежом, на 2013–2020 годы и членам их семей, утвержденный постановлением Правительства Свердловской области от 27.12.2013 № 1650-ПП «Об утверждении Порядка возмещения стоимости затрат на прохождение первичного медицинского освидетельствования на наличие ВИЧ-инфекции, туберкулеза, сифилиса, шанкройда, хламидийной лимфогранулемы, лепры, наркологического освидетельствования участникам Программы по оказанию содействия добровольному переселению в Свердловскую область соотечественников, проживающих за рубежом, на 2013–2020 годы и членам их семей» («Областная газета», 2013, 31 декабря, № 659–665), следующие изменения:

- 1) подпункт 1 пункта 6 после слов «участником Программы и» дополнить словом «(или)»;
- 2) пункт 6 дополнить подпунктами 7, 8 следующего содержания:  
«7) согласие на обработку персональных данных;

8) заявление о согласии на передачу персональных данных.»;

3) пункт 6 дополнить частью второй следующего содержания:

«При прохождении первичного медицинского освидетельствования участником Программы и (или) членами его семьи в разное время участник Программы для получения возмещения стоимости затрат на прохождение медицинского освидетельствования членами его семьи представляет в медицинскую организацию, осуществляющую проведение медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства, документы, указанные в подпунктах 1, 2 части первой настоящего пункта, и документы в отношении членов семьи, указанные в подпунктах 3–6 части первой настоящего пункта.»;

4) пункт 8 после слов «участнику Программы и» дополнить словом «(или)»;

5) часть первую пункта 9 после слов «медицинского освидетельствования» дополнить словами «им и (или) членами его семьи»;

6) приложение изложить в новой редакции (прилагается).

2. Контроль за исполнением настоящего постановления возложить на Первого Заместителя Председателя Правительства Свердловской области В.А. Власова.

3. Настоящее постановление опубликовать в «Областной газете».

Председатель Правительства  
Свердловской области



Д.В. Паслер

К постановлению Правительства  
Свердловской области  
от 25.12.2014 № 1191-ПП

Форма

Руководителю медицинской  
организации

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

от участника Программы по  
оказанию содействия добровольному  
переселению в Свердловскую  
область соотечественников,  
проживающих за рубежом, на  
2013–2014 годы

\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество полностью)

\_\_\_\_\_

(контактный телефон)

### Заявление

**о возмещении стоимости затрат на прохождение первичного медицинского освидетельствования на наличие ВИЧ-инфекции, туберкулеза, сифилиса, шанкроида, хламидийной лимфогранулемы, лепры, наркологического освидетельствования**

Прошу Вас возместить мне стоимость затрат на прохождение первичного медицинского освидетельствования на наличие ВИЧ-инфекции, туберкулеза, сифилиса, шанкроида, хламидийной лимфогранулемы, лепры, наркологического освидетельствования мною и (или) членами моей семьи в размере \_\_\_\_\_  
(нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_ (числом) ( \_\_\_\_\_ (прописью) ) рублей.

Сведения об участнике Программы:

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

2. Число, месяц, год рождения \_\_\_\_\_

3. Наименование документа, удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_,  
серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ когда и кем выдан \_\_\_\_\_

4. Свидетельство участника Государственной программы № \_\_\_\_\_  
когда и кем выдано \_\_\_\_\_

5. Место жительства: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Сведения о членах семьи участника Программы:

1.1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_  
 1.2. Число, месяц, год рождения \_\_\_\_\_  
 1.3. Наименование документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_,  
 серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ когда и кем выдан \_\_\_\_\_

1.4. Свидетельство участника Государственной программы № \_\_\_\_\_  
 когда и кем выдано \_\_\_\_\_

1.5. Место жительства: \_\_\_\_\_

2.1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_  
 2.2. Число, месяц, год рождения \_\_\_\_\_  
 2.3. Наименование документа, удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_,  
 серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ когда и кем выдан \_\_\_\_\_

2.4. Свидетельство участника Государственной программы № \_\_\_\_\_  
 когда и кем выдано \_\_\_\_\_

2.5. Место жительства: \_\_\_\_\_

3.1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_  
 3.2. Число, месяц, год рождения \_\_\_\_\_  
 3.3. Наименование документа, удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_,  
 серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ когда и кем выдан \_\_\_\_\_

3.4. Свидетельство участника Государственной программы № \_\_\_\_\_  
 когда и кем выдано \_\_\_\_\_

3.5. Место жительства: \_\_\_\_\_

К настоящему заявлению прилагаю:

1) копию свидетельства участника Государственной программы по оказанию содействия в добровольном переселении в Российскую Федерацию соотечественников, проживающих за рубежом, — на \_\_\_ листах;

2) копии документов, удостоверяющих личность участника Программы и членов его семьи, указанных в свидетельстве участника Государственной программы, — на \_\_\_ листах;

3) копии актов медицинского освидетельствования на отсутствие заболеваний, опасных для окружающих (ВИЧ-инфекции, туберкулеза, сифилиса, хламидийной лимфогранулемы, шанкroidа, лепры и наркомании), участника Программы и (или) членов его семьи — на \_\_\_ листах;

4) договор на оказание платных медицинских услуг по проведению медицинского освидетельствования на наличие ВИЧ-инфекции, туберкулеза, сифилиса, шанкroidа, хламидийной лимфогранулемы, лепры, наркологического освидетельствования участника Программы и (или) членов его семьи — на \_\_\_ листах;

5) документы, подтверждающие оплату участником Программы и (или) членами его семьи медицинского освидетельствования на наличие ВИЧ-инфекции, туберкулеза, сифилиса, шанкроида, хламидийной лимфогранулемы, лепры, наркологического освидетельствования (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)), — на \_\_\_\_ листах;

6) согласие на обработку персональных данных на \_\_\_\_ листах;

7) заявление о согласии на передачу персональных данных на \_\_\_\_ листах.

Денежные средства в качестве возмещения затрат на прохождение первичного медицинского освидетельствования прошу перечислить на счет участника Программы, открытый в банке или иной кредитной организации, реквизиты

---

---

Уведомление о принятом решении о возмещении стоимости затрат на прохождение первичного медицинского освидетельствования мною и (или) членами моей семьи прошу направить по следующему адресу:

---

---

---

(дата)

---

(подпись)