

**МИНИСТЕРСТВО ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ  
ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

**П Р И К А З**

«31» августа 2020 года

№ 401 -осн

**О внесении изменений в приказ министерства труда и социальной  
защиты Тульской области от 16.01.2020 № 24-осн  
«Выплата компенсации затрат на оплату проезда инвалидам,  
страдающим почечной недостаточностью, проходящим гемодиализ в  
учреждениях здравоохранения Тульской области вне населенного пункта  
постоянного проживания»**

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2010 № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг», постановлением Правительства Российской Федерации от 16.05.2011 № 373 «О разработке и утверждении административных регламентов исполнения государственных функций и административных регламентов предоставления государственных услуг», постановлением правительства Тульской области от 26.12.2018 № 561 «О разработке и утверждении административных регламентов осуществления регионального государственного контроля (надзора) и административных регламентов предоставления государственных услуг на территории Тульской области»

п р и к а з ы в а ю:

1. Внести в приказ министерства труда и социальной защиты Тульской области от 16.01.2020 № 24-осн «Об утверждении административного регламента предоставления государственной услуги «Выплата компенсации затрат на оплату проезда инвалидам, страдающим почечной недостаточностью, проходящим гемодиализ в учреждениях здравоохранения Тульской области вне населенного пункта постоянного проживания» (далее – приказ) следующие изменения:

а) пункт 15.1. приложения к приказу изложить в новой редакции:

«Заявление о предоставлении государственной услуги по форме, приведенной в приложении № 1 к регламенту, в котором указываются:

- наименование учреждения;
- фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя без сокращений в соответствии с документом, удостоверяющим его личность;
- сведения о документе, удостоверяющем личность заявителя (вид документа, удостоверяющего личность, серия и номер документа, кем выдан документ, дата его выдачи), заполняются в соответствии с реквизитами документа, удостоверяющего личность;
- сведения о регистрации по месту жительства (пребывания) заявителя;

- сведения о личном счете, открытом в кредитной организации (с указанием реквизитов кредитной организации);
- сведения о страховом номере индивидуального лицевого счета (СНИЛС) заявителя.

Заявитель подтверждает своей подписью (с проставлением даты подачи заявления) достоверность указанных в заявлении сведений.

Форма заявления доступна для просмотра и скачивания в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» на Едином портале, на Региональном портале, а также размещается на информационных стендах в помещениях отделов учреждения, МФЦ.

К заявлению прилагаются следующие документы:

справка, выданная учреждением здравоохранения Тульской области о прохождении инвалидом гемодиализа;

документы, предоставляемые перевозчиком, подтверждающие фактические расходы на оплату стоимости проезда;

копия лицевого счета инвалида, открытого в кредитной организации.

В случае обращения инвалида за компенсацией затрат на оплату проезда к месту проведения процедуры гемодиализа между населенными пунктами на личном автотранспорте либо социальном такси данный вид проезда указывается в заявлении, представляемом в отдел социальной защиты населения (МФЦ). В этом случае документы, предоставляемые перевозчиком, не представляются.

При обращении с заявлением инвалид предъявляет паспорт или иной документ, удостоверяющий личность.

При подаче заявления и документов через представителя, действующего в силу полномочия, основанного на доверенности, предъявляется документ, удостоверяющий личность представителя, доверенность, выданная в порядке, установленном гражданским законодательством Российской Федерации, и документы, подтверждающие наличие согласия гражданина, от имени которого действует представитель, на обработку его (их) персональных данных.»;

б) пункт 18 приложения к приказу изложить в новой редакции:

«Документами, необходимыми в соответствии с нормативными правовыми актами для предоставления государственной услуги, находящимися в распоряжении других органов, и которые заявитель вправе представить в учреждение по собственной инициативе, являются:

сведения о регистрации заявителя по месту жительства (пребывания). Если указанные сведения не были представлены заявителем, они могут быть получены учреждением с использованием единой системы межведомственного электронного взаимодействия и подключаемых к ней региональных систем межведомственного электронного взаимодействия в Министерстве внутренних дел Российской Федерации;

сведения о страховом номере индивидуального лицевого счета

заявителя (СНИЛС). Если указанные сведения не были представлены заявителем, они могут быть получены учреждением с использованием единой системы межведомственного электронного взаимодействия и подключаемых к ней региональных систем межведомственного электронного взаимодействия в территориальном органе Пенсионного фонда Российской Федерации по месту жительства получателя государственной услуги;

сведения, подтверждающие регистрацию инвалида в системе индивидуального (персонифицированного) учета в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования, факт установления инвалидности. Если указанные сведения не были представлены заявителем, они могут быть получены учреждением с использованием единой системы межведомственного электронного взаимодействия и подключаемых к ней региональных систем межведомственного электронного взаимодействия в территориальном органе Пенсионного фонда Российской Федерации по месту жительства получателя государственной услуги.

В случае отсутствия сведений, подтверждающих факт установления инвалидности (далее – сведения) в федеральном реестре инвалидов, оформление компенсации затрат осуществляется на основании представленных инвалидом сведений.

Сведения о регистрации заявителя по месту жительства (пребывания) заявитель имеет право получить в управляющих органах и организациях, уполномоченных осуществлять регистрационный учет по месту жительства и по месту пребывания гражданина.

Сведения о страховом номере индивидуального лицевого счета (СНИЛС) заявитель имеет право получить в территориальном органе Пенсионного фонда Российской Федерации по месту жительства.

Сведения, подтверждающие факт установления инвалидности, заявитель имеет право получить в территориальном органе Пенсионного фонда Российской Федерации по месту жительства.

Если заявитель по собственной инициативе представил в учреждение (МФЦ) указанные в настоящем пункте документы, то запросы не направляются.»;

в) приложение № 1 к административному регламенту предоставления государственной услуги «Выплата компенсации затрат на оплату проезда инвалидам, страдающим почечной недостаточностью, проходящим гемодиализ в учреждениях здравоохранения Тульской области вне населенного пункта постоянного проживания» изложить в новой редакции (приложение).

2. Приказ вступает в силу со дня официального опубликования.

**Министр труда и социальной  
защиты Тульской области**



**А.В. Филиппов**

Приложение № 1  
к административному регламенту предоставления  
государственной услуги «Предоставление  
ежемесячной денежной выплаты на содержание и  
воспитание несовершеннолетнего ребенка в  
многодетной семье в зависимости от  
среднедушевого дохода семьи»

В ГУ ТО «Управление социальной защиты населения Тульской области»

от \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

\_\_\_\_\_ (место регистрации: почтовый индекс, город, улица, дом, корпус, квартира, дата регистрации)

Паспорт: \_\_\_\_\_  
(серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

Дата рождения: \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

Место рождения \_\_\_\_\_

Гражданство \_\_\_\_\_

СНИЛС \_\_\_\_\_

Номер контактного телефона \_\_\_\_\_

Представитель заявителя: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя заявителя)

\_\_\_\_\_ (место регистрации: почтовый индекс, город, улица, дом, корпус, квартира, дата регистрации)

Паспорт: \_\_\_\_\_  
(серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

\_\_\_\_\_ Номер контактного телефона

\_\_\_\_\_ Документ, подтверждающий полномочия  
представителя заявителя

\_\_\_\_\_ (наименование и номер документа, наименование органа,  
выдавшего документ, дата выдачи)

С паспортом сверено: \_\_\_\_\_  
(подпись специалиста)

**Заявление**

Прошу предоставить мне следующие меры социальной поддержки (нужное отметить «X»)

Пособия на детей (Ф.И.О., дата рождения ребенка):	
_____	
_____	
_____	
- ежемесячное пособие на детей	
- ежемесячное пособие на детей одиноких матерей	
- ежемесячное пособие на детей, родители которых уклоняются от уплаты алиментов	
- ежемесячное пособие на детей военнослужащих, проходящих службу по призыву	
- государственное единовременное пособие при рождении ребенка	
- городская единовременная выплата при рождении ребенка	

- областное единовременное пособие при рождении первого ребенка	
- областное единовременное пособие при рождении второго и последующих детей в семье	
- ежемесячное пособие по уходу за _____ребенком до 1.5 лет	
- ежемесячная компенсационная выплата по уходу за ребенком до 3 лет	
- ежемесячное пособие на ребенка в/служащего, проходящего военную службу по призыву	
- единовр. пособие берем. жене в/служащего, проходящего военную службу по призыву	
Жилищная субсидия	
Государственная социальная помощь	
Ежемесячная денежная выплата гражданам, достигшим 100-летнего возраста	
Ежемесячная денежная компенсация на питание детям до 3-х лет	
Компенс. выплата в связи с расходами по плате _____	
(указать вид расходов), подлежащих компенсации, по пост 475	
ЕДВ региональным льготникам как .....	
Ежемесячная денежная выплата инвалидам боевых действий, членам семей погибших ( умерших) военнослужащих (Закон № 1313-ЗТО)	
Ежегодная денежная выплата ветеранам боевых действий, военнослужащим, уволенным в запас, членам семей погибших (умерших) ветеранов боевых действий (Закон №1313-ЗТО)	
Выплата компенсации страховых премий по договору ОСАГО	
Выдача удостоверений, свидетельств и справок о праве на льготы	
Ежегодная денежная выплата гражданам, награжденным нагрудным знаком «Почетный донор РФ» «Почетный донор СССР» (Федеральный закон №125-ФЗ)	
Ежемесячная денежная выплата на содержание и воспитание несовершеннолетнего ребенка в многодетной семье	
Областное единовременное пособие беременным женщинам	
Обеспечение путевкой .....	
Обеспечение техническими средствами реабилитации	
Ежемесячная денежная выплата на ребенка в Тульской области	
Ежемесячное пособие гражданам, усыновившим (удочерившим) детей	
Единовременное пособие гражданам, усыновившим (удочерившим) детей	
Единовременная выплата и ежемесячная выплата на детей многодетной матери, награжденной Почетным знаком «Материнская слава»	
Ежемесячная денежная выплата лицам из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, обучающимся в образовательных учреждениях, реализующих программы среднего (полного) общего образования (кроме лиц, находящихся на полном государственном обеспечении)	
ЕДВ на ребенка в возрасте от 1,5 до 3 лет	
ЕДВ на ребенка в семье студента	
Ежемесячная выплата при рождении (усыновлении) первого ребенка	
Ежемесячная денежная выплата на ребенка-инвалида (детей – инвалидов)	
Компенсация расходов на оплату жилой площади, отопления и освещения педагогическим работникам	
Ежемесячная денежная выплата на первого ребенка женщине, не достигшей на день рождения ребенка 25-летнего возраста	
Ежемесячная денежная компенсация на питание беременной женщине	
Ежемесячная денежная компенсация на питание кормящим матерям	
Ежемесячное социальное пособие детям, оставшимся без попечения родителей	
Единовременное пособие по беременности и родам	
Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинском учреждении в ранние сроки беременности	
Единовременное пособие и ежемесячная денежная компенсация при возникновении поствакцинальных осложнений	

Компенсация расходов на оплату стоимости проезда на м/г транспорте к месту сан.-кур. лечения и обратно детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей, обучающ. в учреждениях для детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, учреждениях нач. и среднего проф.образования, находящихся в ведении мун. обр-ний области, а также детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей, воспитывающимся в семьях опекунов (попечителей) и приемных семьях	
Ежемесячная выплата на первого ребенка от 1,5 до 3 лет, который не обеспечен местом в дошкольной организации	
Компенсация затрат на оплату проезда инвалидам, страдающим почечной недостаточностью, проходящим гемодиализ в учреждениях здравоохранения Тульской области вне населенного пункта постоянного проживания	X

с последующим перечислением на почтовое отделение № \_\_\_\_\_ или в кредитную организацию

(реквизиты кредитной организации, № лицевого счета)

Сообщаю сведения о членах моей семьи, а также иных лицах, зарегистрированных либо проживающих со мной по месту постоянного жительства по состоянию на « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.:

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	СНИЛС	Дата и место рождения	Адрес регистрации	Адрес фактического проживания	Степень родства	Чл. сем. д/суб. (" + ")	Сов. м. хоз. (" + ")	Принадлежность к гражданству

Информация, необходимая для запроса сведений о регистрационных данных индивидуального предпринимателя из ЕГРИП:

основной государственный регистрационный номер индивидуального предпринимателя (ОГРНИП):

\_\_\_\_\_ идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) физического лица:

Я предупрежден:

об ответственности за достоверность представленных мной сведений, а также документов, в которых они содержатся, и согласен на их проверку органами социальной защиты населения (в т. ч. сведений о доходах всех членов моей семьи и материально - бытовых условий проживания);

не имею права получать одновременно ежемесячное пособие по уходу за ребенком в органах социальной защиты населения и пособие по безработице в Центре занятости населения;

о необходимости в течение десяти рабочих дней сообщить об изменениях материального положения моей семьи и прочих обстоятельствах, влекущих прекращение предоставления мне мер социальной поддержки (изменение льготного статуса, изменение основания проживания, состава семьи, места постоянного жительства, гражданства, временное выбытие членов семьи, изменение доходов членов семьи, устройство на работу, вступление вдовы (вдовца) в новый брак, достижение ребенком установленного возраста и др.);

в случае назначения жилищной субсидии, размер которой равен фактическим расходам семьи на оплату жилого помещения и коммунальных услуг, обязан не позднее 10 рабочих дней с даты истечения срока предоставления субсидии предоставить документы (квитанции),

подтверждающие фактические расходы на оплату ЖКУ, понесенные в течение срока получения последней субсидии (за 6 месяцев);

в случае несообщения об указанных фактах, незаконно выплаченная сумма будет мною внесена либо будет с меня взыскана в установленном Законом порядке.

Дополнительно сообщая:

Нигде не работал(а) и не работаю по трудовому договору, не осуществляю (-ем) 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.

Сведения о супруге: работает (не работает)

(нужное подчеркнуть)

Место работы: \_\_\_\_\_

В Центре занятости населения на учете не состою (-им).

Очно не учусь (-учимся).

Федеральных льгот не имею, пенсию получаю по линии \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ району.

Сведения о наличии факта лишения (нелишения) родительских прав в отношении ребенка \_\_\_\_\_

Сведения о наличии факта принятия (непринятия) решения об отмене усыновления ребенка \_\_\_\_\_

Сведения о доходах семьи заявителя (заполняется в случае, предусмотренном административным регламентом)

№	Вид полученного дохода	Сумма дохода (рублей)	Место получения дохода с указанием источника выплаты (почтовый адрес)
1			
2			
3			
	Итого:		

Прошу исключить из общей суммы дохода моей семьи выплаченные алименты в сумме \_\_\_\_\_ рублей, удерживаемые по \_\_\_\_\_

(основание для удержания алиментов, фамилия, имя, отчество (при наличии) лица, в пользу которого производится удержание)

Мною представлены следующие документы, подтверждающие материально - бытовое и семейное положение:

№ п/п	Наименование документа	Количество (шт.)	Подпись в принятии документа
1	Копия паспорта заявителя		
2	Справка о составе семьи		
3	Копия трудовой книжки		
4	Копия свидетельства о рождении ребенка		
5	Копия справки МСЭ		
6	Копия свидетельства о браке		
7	Копия свидетельства о расторжении брака		
8	Копия свидетельства об установлении отцовства		
9	Справка об учебе ребенка		
10	Справка о рождении, выданная органами ЗАГСа		
11	Справка одинокой матери, выданная органами ЗАГСа		
12	Копия квитанции о суммах платежей ЖКУ		
13	Справки о доходах семьи		
14	Копия свидетельства о регистрации инд. предпринимателя		

15	Копия документа о праве на льготы		
16	Копия документа о праве владения, пользования жилым помещением		
17	Справка из поликлиники		
18	Копия свидетельства о смерти		
19	Выписка из лицевого счета		
20	Копия сберкнижки (выписка)		
21	СНИЛС		
22	Согласие на обработку персональных данных членов семьи		

Дата подачи заявления \_\_\_\_\_ Подпись заявителя \_\_\_\_\_

Заявление № \_\_\_\_\_ и документы гр. \_\_\_\_\_  
(рег. № заявл.) \_\_\_\_\_ принял

\_\_\_\_\_ (дата, подпись специалиста)

проверил \_\_\_\_\_ (дата, подпись специалиста)

Проинформирован о возможности назначения

\_\_\_\_\_ (указать меру социальной поддержки)

в случае представления мной дополнительных документов:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

В случае назначения субсидии период очередного переоформления с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_.

В случае назначения ежемесячных пособий на детей период очередного переоформления с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_.

В случае предоставления компенсационных выплат членам семей погибших (умерших) в/служащих и сотрудников некоторых федеральных органов исполнительной власти оригиналы документов, содержащих сведения о размере платежей по оплате жилых помещений, коммунальных и других видов услуг, представляются по истечении каждых последующих 6 месяцев.

Согласен на получение информации от органов социальной защиты населения на адрес электронной почты \_\_\_\_\_

(адрес электронной почты)

Дата \_\_\_\_\_

Подпись заявителя \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_