



ПРАВИТЕЛЬСТВО САНКТ-ПЕТЕРБУРГА
КОМИТЕТ ПО СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКЕ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА
РАСПОРЯЖЕНИЕ

ОКУД

26.02.2021

№ 46 / 12

**О реализации пунктов 7.1 и 7.2 постановления
Правительства Санкт-Петербурга
от 26.02.2021 № 84**

В целях реализации пунктов 7.1 и 7.2 постановления Правительства Санкт-Петербурга от 26.02.2021 № 84 «Об установлении единовременных выплат медицинским работникам государственных медицинских организаций, а также водителям автомобилей скорой (неотложной) медицинской помощи, пострадавшим в результате исполнения своих трудовых (должностных) обязанностей вследствие непосредственного оказания помощи пациентам, заболевшим новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), а также членам семей указанных работников в 2021 году»:

1. Утвердить:

1.1. Форму заявления о предоставлении единовременной выплаты, согласно приложениям № 1 и № 2.

1.2. Форму заявления об отказе от получения единовременной выплаты, согласно приложению № 3.

2. Определить Санкт-Петербургское государственное казенное учреждение «Городской информационно-расчетный центр» учреждением, обеспечивающим перечисление единовременной выплаты.

3. Контроль за выполнением распоряжения остается за председателем Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга.

**Председатель Комитета
по социальной политике Санкт-Петербурга**

А.Н.Ржаненков



ПРИЛОЖЕНИЕ № 1
к распоряжению Комитета
по социальной политике
Санкт-Петербурга
от 26.02.2021 № 415-к

В _____
(наименование администрации района Санкт-Петербурга, либо Комитет
по социальной политике Санкт-Петербурга)
от _____
(фамилия, имя, отчество¹)
дата рождения _____
адрес регистрации по месту жительства в Российской
Федерации: _____

адрес регистрации по месту пребывания в Санкт-Петербурге: _____

адрес фактического проживания в Санкт-Петербурге (при
отсутствии регистрации по месту жительства или месту
пребывания в Санкт-Петербурге) _____

номер телефона _____
паспорт: серия _____ № _____
дата выдачи _____
кем выдан _____

адрес эл.почты (при наличии) _____
СНИЛС _____

ЗАЯВЛЕНИЕ
о предоставлении единовременной выплаты

В соответствии с постановлением Правительства Санкт-Петербурга от 26.02.2021 № 84 «Об установлении единовременных выплат медицинским работникам государственных медицинских организаций, а также водителям автомобилей скорой (неотложной) медицинской помощи, пострадавшим в результате исполнения своих трудовых (должностных) обязанностей вследствие непосредственного оказания помощи пациентам, заболевшим новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), а также членам семей указанных работников в 2021 году» прошу предоставить единовременную выплату в связи с:

- ☐ заболеванием коронавирусной инфекцией, дата начала которого в _____ году;
- ☐ установлением инвалидности вследствие заражения коронавирусной инфекцией.

Прошу перечислить единовременную денежную выплату _____

реквизиты банка и номер лицевого счета, либо номер отделения почтовой связи)

К заявлению прилагаются:

1. Копия документа, удостоверяющего личность заявителя (паспорт гражданина Российской Федерации или временное удостоверение личности, выданное на период его замены, паспорт иностранного гражданина).
2. Копия документа, подтверждающего место жительства или место пребывания медицинского работника.

3. Акт о признании медицинского работника пострадавшим вследствие оказания помощи пациентам, заболевшим коронавирусной инфекцией.

4. Документ, подтверждающий перепрофилирование организации (ее структурного подразделения (отделения), осуществляющей медицинскую деятельность, подведомственной федеральному органу исполнительной власти, для оказания медицинской помощи пациентам с подтвержденным диагнозом коронавирусной инфекции или подозрением на коронавирусную инфекцию в стационарных условиях (в случае, если заявителем является работник, трудоустроенный в расположенной на территории Санкт-Петербурга организации (ее структурном подразделении (отделении), осуществляющей медицинскую деятельность, подведомственной федеральному органу исполнительной власти)

5. Реквизиты кредитного учреждения для перечисления выплаты.

Дата

подпись заявителя (представителя заявителя)

расшифровка подписи

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2
к распоряжению Комитета
по социальной политике
Санкт-Петербурга
от 26.02.2021 № 46-к

В _____
(наименование администрации района Санкт-Петербурга, либо Комитет
по социальной политике Санкт-Петербурга)

от _____
(фамилия, имя, отчество¹)

дата рождения _____

адрес регистрации по месту жительства в Российской
Федерации:

адрес регистрации по месту пребывания в Санкт-Петербурге:

адрес фактического проживания в Санкт-Петербурге (при
отсутствии регистрации по месту жительства или месту
пребывания в Санкт-Петербурге)

номер телефона _____

паспорт: серия _____ № _____

дата выдачи _____

кем выдан _____

адрес эл. почты (при наличии) _____

СНИЛС _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении единовременной выплаты

В соответствии с постановления Правительства Санкт-Петербурга
от 26.02.2021 № 84 «Об установлении единовременных выплат медицинским работникам
государственных медицинских организаций, а также водителям автомобилей скорой
(неотложной) медицинской помощи, пострадавшим в результате исполнения своих трудовых
(должностных) обязанностей вследствие непосредственного оказания помощи пациентам,
заболевшим новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), а также членам семей указанных
работников в 2021 году» прошу предоставить единовременную выплату в связи со смертью
члена семьи _____

_____ (ФИО умершего, родство, свойство)

в связи с заражением коронавирусной инфекцией.

Прошу перечислить единовременную денежную выплату _____

_____ (реквизиты банка и номер лицевого счета, либо номер отделения почтовой связи)

К заявлению прилагаются:

1. Копия документа, удостоверяющий личность заявителя (паспорт гражданина Российской Федерации или временное удостоверение личности, выданное на период его замены).

2. Копия документа, подтверждающего последнее место жительства или пребывания умершего медицинского работника.

3. Копии документов, подтверждающих состав семьи умершего медицинского работника (свидетельство о заключении брака, свидетельство о рождении, решение суда об установлении факта нахождения на иждивении, документ о назначении пенсии по случаю потери кормильца, свидетельство о смерти в отношении члена семьи умершего медицинского работника).

4. Акт о признании умершего медицинского работника пострадавшим вследствие оказания помощи пациентам, заболевшим коронавирусной инфекцией.

5. Копии документов о смерти медицинского работника (свидетельство о смерти, документы о смерти медицинского работника (свидетельство о смерти, справка о смерти по форме, утвержденной приказом Министерства юстиции Российской Федерации от 01.10.2018 № 200 «Об утверждении форм справок и иных документов, подтверждающих наличие или отсутствие фактов государственной регистрации актов гражданского состояния, и Правил заполнения форм справок и иных документов, подтверждающих наличие или отсутствие фактов государственной регистрации актов гражданского состояния», с указанием в качестве причины смерти заражение коронавирусной инфекцией).

6. Реквизиты кредитного учреждения для перечисления выплаты.

Дата

подпись заявителя (представителя заявителя)

расшифровка подписи

ПРИЛОЖЕНИЕ № 3
к распоряжению Комитета
по социальной политике
Санкт-Петербурга
от 26.02.2021 № 463-к

В _____
(наименование администрации района Санкт-Петербурга, либо Комитет
по социальной политике Санкт-Петербурга)
от _____
(фамилия, имя, отчество¹)
дата рождения _____
адрес регистрации по месту жительства в Российской
Федерации: _____

адрес регистрации по месту пребывания в Санкт-Петербурге: _____

адрес фактического проживания в Санкт-Петербурге (при
отсутствии регистрации по месту жительства или месту
пребывания в Санкт-Петербурге) _____

номер телефона _____
паспорт: серия _____ № _____
дата выдачи _____
кем выдан _____
адрес эл.почты (при наличии) _____
СНИЛС _____

ЗАЯВЛЕНИЕ
об отказе в получении единовременной выплаты.

В соответствии с постановления Правительства Санкт-Петербурга от 26.02.2021 № 84 «Об установлении единовременных выплат медицинским работникам государственных медицинских организаций, а также водителям автомобилей скорой (неотложной) медицинской помощи, пострадавшим в результате исполнения своих трудовых (должностных) обязанностей вследствие непосредственного оказания помощи пациентам, заболевшим новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), а также членам семей указанных работников в 2021 году» отказываюсь от получения единовременной выплаты в связи со смертью члена моей семьи _____

(ФИО умершего, степень родства)

в связи с заражением коронавирусной инфекцией.

Прошу полагающуюся мне единовременную выплату перечислить

(ФИО члена семьи, в пользу которого производится отказ)

К заявлению прилагаются:

1. Копия документа, удостоверяющий личность (паспорт гражданина Российской Федерации или временное удостоверение личности, выданное на период его замены).
2. Копии документов, подтверждающих родство (свойство) с умершим медицинским работником (свидетельство о заключении брака, свидетельство о рождении, решение суда об установлении факта нахождения на иждивении, документ о назначении пенсии по случаю потери кормильца, свидетельство о смерти в отношении члена семьи умершего медицинского работника (при наличии) (для члена семьи умершего медицинского работника).

Дата

подпись заявителя (представителя заявителя)

расшифровка подписи