

## **Административная процедура**

(Указ Президента Республики Беларусь от 26 апреля 2010 года № 200 «Об административных процедурах, осуществляемых государственными органами и иными организациями по заявлениям граждан»)

### **2.33. Принятие решения о предоставлении (об отказе в предоставлении) государственной адресной социальной помощи в виде:**

#### **2.33.2. социального пособия для возмещения затрат на приобретение подгузников**

**Место приема заявлений заинтересованных лиц об осуществлении административных процедур и выдачи административных решений по ним:** служба «одно окно» Речицкого районного исполнительного комитета по адресу г. Речица, пл. Октября, 2, 1 этаж, **режим работы:** понедельник, среда, пятница 8.00 - 17.00; вторник, четверг: 11.00 - 20.00, суббота 9.00 - 13.00; обеденный перерыв: 13.00 - 14.00 (понедельник, среда, пятница); 15.00 - 16.00 (вторник, четверг), воскресенье – выходной

На альтернативной основе в «Речицкий территориальный центр социального обслуживания населения» г. Речица, ул. 10 лет Октября, 6, учреждение режим работы: понедельник - пятница 8.30 – 17.30; перерыв: 13.00 – 14.00; выходной: суббота, воскресенье

**Государственный орган, иная организация, а также межведомственная и другая комиссии, к компетенции которых относится осуществление административной процедуры** – постоянно действующая комиссия, созданная районным (городским) исполнительным комитетом (местной администрацией района в городе)

**Документы и (или) сведения, представляемые гражданином для осуществления административной процедуры:**

заявление

паспорт или иной документ, удостоверяющий личность (в отношении детей-инвалидов в возрасте до 14 лет – паспорт или иной документ, удостоверяющий личность и (или) полномочия их законных представителей)

удостоверение инвалида – для инвалидов I группы

удостоверение ребенка-инвалида – для детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, имеющих IV степень утраты здоровья

свидетельство о рождении ребенка – при приобретении подгузников для ребенка-инвалида

документы, подтверждающие расходы на приобретение подгузников, установленные в соответствии с законодательством, с обязательным указанием наименования приобретенного товара в Республике Беларусь

индивидуальная программа реабилитации, абилитации инвалида или индивидуальная программа реабилитации, абилитации ребенка-инвалида или заключение врачебно-консультационной комиссии государственной организации здравоохранения о нуждаемости в подгузниках

удостоверение на право представления интересов подопечного, доверенность, оформленная в порядке, установленном гражданским законодательством, документ, подтверждающий родственные отношения, – для лиц, представляющих интересы инвалида I группы

**Размер платы, взимаемой при осуществлении административной процедуры – бесплатно**

**Максимальный срок осуществления административной процедуры - 5 рабочих дней со дня подачи заявления, а в случае запроса документов и (или) сведений от других государственных органов, иных организаций – 5 рабочих дней после получения последнего документа, необходимого для предоставления государственной адресной социальной помощи**

**Срок действия справки, другого документа (решения), выдаваемых (принимаемого) при осуществлении административной процедуры – единовременно**

**Перечень документов и (или) сведений, самостоятельно запрашиваемых местными исполнительными и распорядительными органами при осуществлении административных процедур:**

справки о месте жительства и составе семьи или копии лицевого счета – для предоставления социального пособия для возмещения затрат на приобретение подгузников детям-инвалидам в возрасте до 18 лет, имеющим IV степень утраты здоровья (при необходимости);

сведения, подтверждающие, что ребенку-инвалиду до 18 лет, имеющему IV степень утраты здоровья, инвалиду I группы вследствие профессионального заболевания или трудового увечья не производилась оплата расходов на приобретение подгузников за счет средств обязательного страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (при необходимости);

сведения о предоставлении (не предоставлении) социального пособия для возмещения затрат на приобретение подгузников по прежнему месту жительства заявителя – при изменении места жительства (места пребывания) заявителя (при необходимости).

**Лицо, ответственное за осуществление административной процедуры** – начальник управления по труду, занятости и социальной защите райисполкома Сидорова Анжелика Георгиевна

**Пилецкая Елена Анатольевна** – директор учреждения «Речицкий территориальный центр социального обслуживания населения»

**Осуществление указанной административной процедуры выполняют** специалисты по социальной работе учреждения «Речицкий территориальный центр социального обслуживания населения» кабинет №4, тел. 4 45 35;4 45 48 по адресу: г.Речица, ул. 10 лет Октября, 6

Форма заявления, необходимого для обращения за осуществлением настоящей административной процедуры, приведена ниже.

Приложение 2

к постановлению Министерства труда  
и социальной защиты Республики Беларусь  
13.03.2012 № 38 (в редакции постановления  
Министерства труда и социальной защиты  
Республики Беларусь 01.08.2017 № 38)

Управление по труду, занятости и социальной  
защите Речицкого райисполкома

---

(фамилия, собственное имя, отчество (если

---

такое имеется) гражданина, совершеннолетнего

---

члена семьи, опекуна(попечителя), представителя)

---

(регистрация по месту жительства (месту пребывания)

### **ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о предоставлении государственной адресной социальной помощи в виде социального пособия для возмещения затрат на приобретение подгузников(впитывающих трусиков), впитывающих простыней (пеленок), урологических прокладок (вкладышей)**

1. Прошу предоставить государственную адресную социальную помощь в виде социального пособия для возмещения затрат на приобретение подгузников (впитывающих трусиков), впитывающих простыней (пеленок), урологических прокладок (вкладышей)

---

(фамилия, имя, отчество (если такое имеется) лица, имеющего право на получение социального пособия для возмещения затрат на приобретение подгузников (впитывающих трусиков), впитывающих простыней (пеленок), урологических прокладок (вкладышей), являющегося ребенком-инвалидом, имеющим IV степень утраты здоровья (далее – ребенок-инвалид), инвалидом I группы (нужное подчеркнуть).

---

---

---

(перечислить предметы гигиены (подгузники, (впитывающие трусики), впитывающие простыни (пеленки) урологические прокладки (вкладыши)

2. Регистрация по месту жительства (месту пребывания) ребенка-инвалида, инвалида I группы:

наименование населенного пункта \_\_\_\_\_

улица \_\_\_\_\_

дом № \_\_\_\_\_

квартира № \_\_\_\_\_

3. Домашний телефон \_\_\_\_\_ мобильный телефон \_\_\_\_\_

Предупрежден(а):

о последствиях за сокрытие сведений (представление недостоверных сведений), с которыми связано право на предоставление государственной адресной социальной помощи и (или) от которых зависит ее размер;

о невыплате социального пособия для возмещения затрат на приобретение подгузников (впитывающих трусиков), впитывающих простыней (пеленок), урологических прокладок (вкладышей) при наступлении до его выплаты обстоятельств, влекущих утрату гражданином права на такое пособие;

о невыплате членам семьи (опекуну (попечителю), представителю) социального пособия для возмещения затрат на приобретение подгузников (впитывающих трусиков), впитывающих простыней (пеленок), урологических прокладок (вкладышей) в случае смерти гражданина, имевшего право на такое пособие.

Прилагаю документы на \_\_\_\_\_ л.

\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись заявителя)

Документы приняты \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись специалиста, принявшего документы)

Регистрационный  
номер \_\_\_\_\_

В учреждение «Речицкий территориальный центр  
социального обслуживания населения»

**ФИО ЗАЯВИТЕЛЯ**

**Иванов**

(фамилия, собственное имя, отчество (если

**Иван**

такое имеется) гражданина, совершеннолетнего

**Иванович**

члена семьи, опекуна(попечителя), представителя)

**ПРОПИСКА**

**г. Речица, ул. Ленина, д.5, кв.1**

(регистрация по месту жительства (месту пребывания))

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о предоставлении государственной адресной социальной помощи в виде  
социального пособия для возмещения затрат на приобретение  
подгузников(впитывающих трусиков), впитывающих простыней  
(пеленок), урологических прокладок (вкладышей)**

1. Прошу предоставить государственную адресную социальную помощь в виде социального пособия для возмещения затрат на приобретение подгузников (впитывающих трусиков), впитывающих простыней (пеленок), урологических прокладок (вкладышей)

**ФИО ИНВАЛИДА**

**Петровой Глафире Васильевне**

(фамилия, имя, отчество (если такое имеется) лица, имеющего право на получение социального пособия для возмещения затрат на приобретение подгузников (впитывающих трусиков), впитывающих простыней (пеленок), урологических прокладок (вкладышей), являющегося ребенком-инвалидом, имеющим IV степень утраты здоровья (далее – ребенок-инвалид), инвалидом I группы (нужное подчеркнуть).

## ПОДГУЗНИКИ

---

## ПЕЛЕНКИ

---

## ПРОКЛАДКИ

---

(перечислить предметы гигиены (подгузники, (впитывающие трусики), впитывающие простыни (пеленки) урологические прокладки (вкладыши))

2. Регистрация по месту жительства (месту пребывания) ребенка-инвалида, инвалида I группы:

### **ПРОПИСКА ИНВАЛИДА**

наименование населенного пункта г. Василевичи

улица Советская

дом № 178

квартира № 16

3. Домашний телефон 75 5 89 мобильный телефон 25 1684632

### Предупрежден(а):

о последствиях за сокрытие сведений (представление недостоверных сведений), с которыми связано право на предоставление государственной адресной социальной помощи и (или) от которых зависит ее размер;

о невыплате социального пособия для возмещения затрат на приобретение подгузников (впитывающих трусиков), впитывающих простыней (пеленок), урологических прокладок (вкладышей) при наступлении до его выплаты обстоятельств, влекущих утрату гражданином права на такое пособие;

о невыплате членам семьи (опекуну (попечителю), представителю) социального пособия для возмещения затрат на приобретение подгузников (впитывающих трусиков), впитывающих простыней (пеленок), урологических прокладок (вкладышей) в случае смерти гражданина, имевшего право на такое пособие.

Прилагаю документы на \_\_\_\_\_ л.

ДАТА 20..... г.

\_\_\_\_\_  
(подпись заявителя)

Документы приняты \_\_\_\_\_ 20..... г.

\_\_\_\_\_  
(подпись специалиста, принявшего документы)

Регистрационный номер \_\_\_\_\_