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 занимаемом в данном населенном пункте жилом помещении, месте жительства и составе семьи – 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 (непредоставлении) социального пособия для возмещения затрат на приобретение подгузников по прежнему месту жительства заявителя – при изменении места жительства (места пребывания) заявителя (при необходимости)

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.

Форма заявления АП 2.33.2
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

_____
таковое 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 таковое 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_____

Форма заявления АП 2.33.2
Приложение 2
к постановлению Министерства труда
и социальной защиты Республики Беларусь
13.03.2012 № 38 (в редакции постано
Министерства труда и социальной защиты
вленияРеспублики Беларусь 01.08.2017 № 38)

В учреждение «Речицкий территориальный центр социального обслуживания населения»

ФИО ЗАЯВИТЕЛЯ **Иванов**
(фамилия, собственное имя, отчество (если
Иван
таковое 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 таковое 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_____