|  |
| --- |
| Административная процедура **Принятие решения о предоставлении (об отказе в предоставлении) государственной адресной социальной помощи в виде:****социального пособия для возмещения затрат на приобретение подгузников (впитывающих трусиков), впитывающих простыней (пеленок), урологических прокладок (вкладышей)** |
| **Документы принимаются Государственным учреждением «Территориальный центр социального обслуживания населения Глубокского района»:****г. Глубокое ул. Минская, д. 91** |
| Должностное лицо, ответственное заприем граждан, осуществление административной процедуры и выдачу документов | Специалист по социальной работе отделениясоциальной адаптации и реабилитацииВыдрина Жанна Зуфридовнакаб. № 10 телефон 5 04 33 Время приема: понедельник – пятница с 8.00 до 13.00,с 14.00 до 17.00Выходные: суббота - воскресенье |
| На время отсутствияответственного | Специалист по социальной работе отделениясоциальной адаптации и реабилитацииБудо Наталья Михайловнакаб. № 10 телефон 5 04 33  |
| Документы и (или) сведения,представляемые гражданином для осуществленияадминистративной процедуры | заявлениепаспорт 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 группыудостоверение ребенка-инвалида – для детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, имеющих IV степень утраты здоровьясвидетельство о рождении ребенка – при приобретении подгузников для ребенка-инвалидадокументы, подтверждающие расходы на приобретение подгузников, установленные в соответствии с законодательством, с обязательным указанием наименования приобретенного товара в Республике Беларусьиндивидуальная программа реабилитации инвалида или заключение врачебно-консультационной комиссии государственной организации здравоохранения о нуждаемости в подгузникахудостоверение на право представления интересов подопечного, доверенность, оформленная в порядке, установленном гражданским законодательством, документ, подтверждающий родственные отношения, – для лиц, представляющих интересы инвалида I группы |
| Документы и (или) сведения, запрашиваемые ответственным исполнителем | справка о месте жительства и составе семьи - для предоставления социального пособия для возмещения затрат на приобретение подгузников детям-инвалидам в возрасте до 18 лет, имеющим 4 степень утраты здоровья;сведения, подтверждающие, что ребенку – инвалиду до 18 лет, имеющему 4 степень утраты здоровья, инвалиду1 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;сведения о предоставлении (непредставлении) социального пособия для возмещения затрат на приобретение подгузников по прежнему месту жительства заявителя – при изменении места жительства (места пребывания) заявителя |
| Размер платы,взимаемой приосуществленииадминистративной процедуры | бесплатно |
| Максимальный срок осуществленияадминистративной 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 или другого документа (решения), выдаваемых(принимаемого) при осуществленииадминистративной процедуры | единовременно |
| Порядокпредставлениягражданамидокументов | Документы представляются гражданами лично либо через его полномочного представителя при наличии документа,подтверждающего его полномочия |
| Порядок выдачи справок, иныхдокументовгражданам | Документы выдаются гражданам лично либо через полномочного представителя, при наличии документа подтверждающего его полномочия |
|    | Приложение 2к постановлению Министерства трудаи социальной защиты Республики Беларусь13.03.2012 № 38(в редакции постановленияМинистерства трудаи социальной защитыРеспублики Беларусь01.08.2017 № 38) |  |

   Форма

|  |  |
| --- | --- |
|   | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|   | (наименование органа по труду, занятости |
|   | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|   | и социальной защите) |
|   | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|   |  |
|   | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|   | (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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|    | Приложение 2к постановлению Министерства трудаи социальной защиты Республики Беларусь13.03.2012 № 38(в редакции постановленияМинистерства трудаи социальной защитыРеспублики Беларусь01.08.2017 № 38) |

   Форма

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | \_\_\_\_В управление по труду, занятости и\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|   | (наименование органа по труду, занятости и социальной защите |  |
|   | \_\_\_\_социальной защите Глубокского райисполкома\_ |  |
|   | местного исполнительного и распорядительного органа, |  |
|   | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|   | принимающего решение о предоставлении государственной |  |
|   | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|   | адресной социальной помощи) |  |
|   | \_\_\_\_\_\_Иванов Иван Иванович \_\_\_\_\_\_ |  |
|   | (фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) |  |
|   | \_\_\_\_\_\_\_г. Глубокое \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|   | заявителя (его законного представителя), |  |
|   | \_\_\_\_\_\_\_ул. Мира, д. 26, кв. 2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|   | регистрация по месту жительства |  |
|   | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|   | (месту пребывания) | (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) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Иванов Иван Ануфриевич\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(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, впитывающие простыни \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(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 \_\_д.Озерцы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

улица \_\_Советская\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дом № \_\_\_5\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

квартира № \_\_2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Домашний телефон \_\_5-71-34\_\_\_ мобильный телефон \_\_(029) 7426985\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 \_18\_ л.

\_12 сентября\_ 2017г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись заявителя)

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись специалиста, принявшего документы)

Регистрационный номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_