|  |  |
| --- | --- |
| **Принятие решения о предоставлении (об отказе в предоставлении) государственной адресной социальной помощи в виде:**  **социального пособия для возмещения затрат на приобретение подгузников** | |
| административная процедура по Перечню – 2.33.2 | |
| **Служба «одно окно» райисполкома**  **Макина Ирина Александровна –** главный специалист сектора  по работе с обращениями граждан и юридических лиц райисполкома  на время её отсутствия  **Кицарь Жанна Сергеевна -** заведующий сектором по работе с обращениями граждан и юридических лиц райисполкома  г.п.Бешенковичи, ул.Чуклая, д.13, каб.18, телефон: 8 02131 6 40 47, 142  **Режим работы и график приема заинтересованных лиц:**  понедельник, вторник, среда, пятница - с 8.00 до 17.00  четверг – с 8.00 до 20.00  обеденный перерыв с 13.00 до 14.00  2-я суббота месяца с 9.00 до 13.00 (по предварительной записи)  **ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ДАННОЙ АДМИНИСТРАТИВНОЙ ПРОЦЕДУРЫ (ПРИЕМ ДОКУМЕНТОВ И ВЫДАЧА РЕШЕНИЙ ПО АДМИНИСТРАТИВНОЙ ПРОЦЕДУРЕ) ДЕЛЕГИРОВАНО УПРАВЛЕНИЮ ПО ТРУДУ, ЗАНЯТОСТИ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЕ БЕШЕНКОВИЧСКОГО РАЙИСПОЛКОМА**  **Готовит административные решения Государственное учреждение «Территориальный центр социального обслуживания населения Бешенковичского района», г.п.Бешенковичи , ул.Коммунистическая,д.10 каб № 37, тел 6-53-20**  **Денисевич Елена Вениаминовна -** специалист по социальной работе отделения первичного приема, информации, анализа и прогнозирования  **в ее отсутствие: Романова Елена Алексеевна**, специалист по социальной работе отделения первичного приема, информации, анализа и прогнозирования  **Время приема граждан:**  понедельник, вторник, среда, четверг, пятница:  с 8.00 до 17.00, перерыв на обед с 13.00 до 14.00  выходные дни: суббота, воскресенье | |
| 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 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 |
| Документы и (или) сведения, запрашиваемые ответственным исполнителем | 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 (непредоставлении) социального пособия для возмещения затрат на приобретение подгузников по прежнему месту жительства заявителя – при изменении места жительства (места пребывания) заявителя (при необходимости |
| 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 или другого документа (решения), выдаваемых (принимаемого) при осуществлении административной процедуры | единовременно |
| Порядок представления гражданами документов | Документы представляются гражданами лично либо через его полномочного представителя, при наличии документа подтверждающего его полномочия |
| Порядок выдачи справок, иных документов гражданам | Документы выдаются гражданам лично либо через полномочного представителя, при наличии документа подтверждающего его полномочия |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 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) |

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, собственное 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_