**Технологическая схема № 26**

взаимодействия ГАУ «МФЦ» и министерства социального развития Оренбургской области припредоставлении государственной услуги

«Назначение государственных единовременных пособий, ежемесячных денежных компенсаций при возникновении поствакцинальных осложнений»

|  |
| --- |
| 1. Общие сведения об услуге
 |
| Наименование *Органа*, ответственного за организацию предоставления услуги | Министерство социального развития Оренбургской области |
| Полное наименование услуги | Назначение государственных единовременных пособий, ежемесячных денежных компенсаций при возникновении поствакцинальных осложнений |
| Краткое наименование услуги | Отсутствует |
| Перечень подуслуг в рамках услуги | 1) Назначение государственных единовременных пособий при возникновении поствакцинальных осложнений;2) Назначение ежемесячных денежных компенсаций при возникновении поствакцинальных осложнений |
| Нормативно-правовая база предоставления услуги | Приказ министерства социального развития Оренбургской области от 16.01.2018 № 15 «Об утверждении административного регламента предоставления государственной услуги «Назначение государственных единовременных пособий, ежемесячных денежных компенсаций при возникновении поствакцинальных осложнений» |
| Федеральный закон от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»Постановление Правительства Российской Федерации от 27.12.2000 № 1013 «О порядке выплаты государственных единовременных пособий и ежемесячных денежных компенсаций гражданам при возникновении у них поствакцинальных осложнений» |
| 1. Сведения об услуге
 |
| Срок предоставления | Прохождение всех административных процедур, необходимых для получения результата государственной услуги, осуществляется в течение 15 календарных дней с момента регистрации заявления. |
| Документы, являющиеся результатом предоставления услуги | 1. Уведомление о предоставлении государственной услуги (Приложение № 7 к Технологической схеме);
2. Письмо с мотивированным отказом в предоставлении государственной услуги.
 |
| Способы получения документов, являющихся результатами предоставления услуги | 1. через МФЦ;
2. лично в ГКУ «ЦСПН»;
3. по почте (отправляет орган).
 |
| Сведения о наличии платы за предоставление услуги | Бесплатно |
| Сведения о заявителях, имеющих право на получение услуги  |  Заявителями являются:1) граждане, у которых установлено наличие поствакцинального осложнения;2) члены семьи гражданина - в случае его смерти, наступившей вследствие поствакцинального осложнения (далее - заявитель). От имени заявителей могут выступать их представители, имеющие право в соответствии с законодательством Российской Федерации либо в силу наделения их в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, полномочиями выступать от их имени. |
| Документы, предоставляемые заявителем, для получения государственной услуги | **Подуслуга 1: «Назначение государственных единовременных пособий при возникновении поствакцинальных осложнений»:**1) Заявление (Приложения №1, 3 к Технологической схеме, образец заполнения - Приложение № 2 к Технологической схеме).*Заявление по форме, указанной в Приложении № 3 к Технологической схеме заполняется в случае смерти гражданина, наступившей вследствие поствакцинального осложнения, членами его семьи.* 2) Документ, удостоверяющий личность:- паспорт - для гражданина (копия стр. 3-4, и страницы, где указана последняя запись регистрации по месту жительства);3) документы, подтверждающие факт поствакцинального осложнения (заключение об установлении факта поствакцинального осложнения; в случае смерти - свидетельство о смерти);4) согласие на обработку персональных данных (приложение № 5 к Технологической схеме, образец заполнения – приложение №6 к Технологической схеме);5) документ, подтверждающий полномочия на осуществление действий от имени заявителя (для представителя заявителя).Документы, указанные в п. 2, 3, 5 могут быть представлены в копиях, заверенных в установленном законодательством Российской Федерации порядке, либо с предъявлением оригиналов.**Подуслуга 2: «Назначение ежемесячных денежных компенсаций при возникновении поствакцинальных осложнений»:**1) Заявление (Приложение №4 к Технологической схеме).2) Документ, удостоверяющий личность:- паспорт - для гражданина (копия стр. 3-4, и страницы, где указана последняя запись регистрации по месту жительства);3) документы, подтверждающие факт поствакцинального осложнения (заключение об установлении факта поствакцинального осложнения).4) согласие на обработку персональных данных (приложение № 5 к Технологической схеме, образец заполнения – приложение №6 к Технологической схеме);5) документ, подтверждающий полномочия на осуществление действий от имени заявителя (для представителя заявителя).Документы, указанные в п. 2, 3, 5, могут быть представлены в копиях, заверенных в установленном законодательством Российской Федерации порядке, либо с предъявлением оригиналов.Орган социальной защиты населения в течение 5 рабочих дней со дня подачи заявления запрашивает в порядке межведомственного электронного взаимодействия в Пенсионном фонде Российской Федерации сведения, подтверждающие факт установления инвалидности. |
| 1. **Состав, последовательность и сроки выполнения административных процедур, требования к порядку их выполнения сотрудниками МФЦ и Органа (при электронном взаимодействии).**
 |
| № п/п | Исполнитель | Наименование процедур | Сроки выполнения |
| 1. | Сотрудник МФЦ | Устанавливает личность заявителя (его законного представителя) на основании документов, удостоверяющих личность. | В момент обращения |
| Проверяет комплектность документов в соответствии с перечнем необходимых документов.Проверят наличие обязательных реквизитов (печати и подписи, дата выдачи) на представленных документах, срок действия представленных документов. |
| Распечатывает бланк заявления и предлагает заявителю собственноручно заполнить его. |
| Оценивает полноту оформления заявления. |
| Принимает заявление. |
| Отказывает в приеме заявления, в случае если:1) представлен неполный перечень документов;2) текст заявления и представленных документов не поддается прочте­нию;3) не указаны фамилия, имя, отчество, адрес заявителя (его представи­теля), почтовый адрес, по которому должен быть направлен ответ заявителю;4) в заявлении содержатся нецензурные либо оскорбительные выраже­ния, угрозы жизни, здоровью, имуществу должностного лица, а также членов его семьи, при этом заявителю сообщается о недопустимости злоупотребле­ния правом;5) вопрос, указанный в заявлении, не относится к порядку предостав­ления государственной услуги. |
| Регистрирует заявку (создает заявку в АИС МФЦ с указанием данных заявителя и представленных им документов).Сканирует заявление и представленные документы, подписывает файлы усиленной квалифицированной электронной подписью уполномоченного сотрудника МФЦ, создает архивные файлы, содержащие в себе скан-образ документа и открепленную электронную подпись |
| Создает почтовое сообщение в программе Lotus Notes, присоединяет файлы с подписанными документами к сообщению, и направляет в филиал государственного казенного учреждения Оренбургской области «Центр социальной поддержки населения» по месту жительства заявителя (далее - ГКУ «ЦСПН» по месту жительства) по защищенным каналам связи  |
| Распечатывает из АИС МФЦ расписку в 1 экз. и заявление в 1 экз., в которых проставляются подписи сотрудника МФЦ и заявителя. |
| Выдает заявителю 1 экземпляр расписки в получении заявления с указанием порядкового номера, даты получения заявления, ФИО. должности и подписи сотрудника МФЦ, а также возвращает оригиналы документов, если для предоставления государственной услуги достаточно только их копии. |
| Информирует заявителя о сроках получения результата оказания услуги.  |
| Оригинал заявления хранится в МФЦ. |
| 2 | Сотрудник филиала ГКУ «ЦСПН»  | Осуществляет прием скан-образа документов, заверенных усиленной квалифицированной подписью уполномоченного сотрудника МФЦ, переданных посредством Lotus Notes, регистрирует их в программном комплексе | В день получения |
| Распечатывает заявление и документы, осуществляет проверку подлинности, полноты и правильности оформления представленных документов, формирует личное дело на бумажном носителе. |
| Направляет межведомственные запросы при необходимости, определяет право заявителя на предоставление государственной услуги, выносит решение о предоставлении либо отказе в предоставлении государственной услуги.  | В течение 10 календарных дней со дня регистрации заявления в филиале ГКУ «ЦСПН» |
| Формирует уведомление о предоставлении государственной услуги либо об отказе в предоставлении государственной услуги.  |
| Регистрирует уведомление либо письмо с мотивированным отказом. Направляет результат предоставления услуги, заверенный усиленной квалифицированной подписью специалиста филиала ГКУ «ЦСПН», в МФЦ, при этом оригиналы указанных документов хранятся в филиале ГКУ «ЦСПН» | не позднее следующего за днем принятия решения рабочего дня – уведомление о предоставлении услуги; 5 календарных дня со дня принятия решения – для направления уведомления об отказе |
| Копии документов подлежат хранению в установленном законодательством порядке.  |
| 3 | Сотрудник МФЦ | В случае предоставления результата предоставления услуги через МФЦ, осуществляется:1) прием документов, переданных из филиала ГКУ «ЦСПН», посредством Lotus Notes;2) внесение информации в АИС МФЦ о получении результата предоставления государственной услуги и перевод заявки на соответствующий статус;3) создание экземпляра электронного документа на бумажном носителе и заверение его печатью и подписью уполномоченного лица МФЦ;4) уведомление заявителя о готовности результата предоставления государственной услуги. | В день получения от филиала ГКУ «ЦСПН» уведомления |
| 4 | Специалист выдачи МФЦ | Выдает результат оказания услуги заявителю (уполномоченному представителю заявителя) при предъявлении расписки и документа удостоверяющего его личность.В предъявленной расписке заявитель проставляет подпись и дату получения документов.Расписка с подписью заявителя о получении документов хранится в МФЦ. | В момент обращения |
| 1. **Состав, последовательность и сроки выполнения административных процедур, требования к порядку их выполнения сотрудниками МФЦ и Органа (при бумажном документообороте)**
 |
| № п/п | Исполнитель | Наименование процедур | Сроки выполнения |
| 1. | Сотрудник МФЦ | Устанавливает личность заявителя (его представителя) на основании документов, удостоверяющих личность. | В момент обращения |
| Проверяет комплектность документов в соответствии с перечнем необходимых документов.Проверят наличие обязательных реквизитов (печати и подписи, дата выдачи) на представленных документах, срок действия представленных документов.  |
| Распечатывает бланк заявления и предлагает заявителю собственноручно заполнить его. Изготавливает копии с представленных документов и заверяет их в установленном законодательством порядке. |
| Оценивает полноту оформления заявления. |
| Принимает заявление. |
| Отказывает в приеме заявления, в случае:1) представлен неполный перечень документов;2) текст заявления и представленных документов не поддается прочте­нию;3) не указаны фамилия, имя, отчество, адрес заявителя (его представи­теля), почтовый адрес, по которому должен быть направлен ответ заявителю;4) в заявлении содержатся нецензурные либо оскорбительные выраже­ния, угрозы жизни, здоровью, имуществу должностного лица, а также членов его семьи, при этом заявителю сообщается о недопустимости злоупотребле­ния правом;5) вопрос, указанный в заявлении, не относится к порядку предостав­ления государственной услуги. |
| Регистрирует заявку (создает заявку в АИС МФЦ с указанием данных заявителя и представленных им документов). |
| Распечатывает из АИС МФЦ расписку в 2 экз. и заявление в 1 экз., в которых проставляются подписи сотрудника МФЦ и заявителя.. |
| Выдает расписку заявителю о приеме и регистрации заявления. Возвращает оригиналы документов. |
| Информирует заявителя о сроках получения результата оказания услуги.  |
| Сформированное дело откладывает для последующего составления реестра принятых дел |
| 2. | Сотрудник МФЦ ответственный за передачу дел  | Передает в филиал ГКУ «ЦСПН» по месту жительства заявителя (адреса филиалов - в Приложении № 4 к Соглашению) по акту приема-передачи на основании пофамильных списков заявления и документы на бумажном носителе.  | Не позднее следующего рабочего дня после приема заявки |
| 3. | Сотрудник филиала ГКУ «ЦСПН» | Принимает пакет документов по акту приема-передачи от МФЦ. |  В день получения |
| Регистрирует заявления. |
| Проверяет подлинность, полноту и правильность представленных документов, формирует личные дела. |
| Направляет межведомственные запросы при необходимости, определяет право заявителя на предоставление государственной услуги, выносит решение о предоставлении либо об отказе в предоставлении государственной услуги. | В течение 10 календарных дней со дня регистрации заявления в филиале ГКУ «ЦСПН»  |
| Формирует уведомление о предоставлении государственной услуги либо об отказе в предоставлении государственной услуги. |
| Регистрирует уведомление и направляет по акту приема-передачи в МФЦ. | не позднее следующего за днем принятия решения рабочего дня – уведомление о предоставлении услуги; 5 календарных дня со дня принятия решения – для направления уведомления об отказе |
| Копии документов подлежат хранению в установленном законодательством порядке.  |
| 4 | Сотрудник МФЦ ответственный за передачу дел  | Принимает переданные документы в соответствии с актом приема-передачи, вносит информацию в АИС МФЦ о поступлении документов, передает на выдачу. | Не позднее следующего рабочего дня после получения из филиала ГКУ «ЦСПН» |
| 5 | Сотрудник МФЦ | Уведомляет заявителя о получении результата предоставления государственной услуги |
| 6 | Специалист выдачи МФЦ | Выдает результат оказания услуги заявителю (представителю заявителя) при предъявлении расписки и документа, удостоверяющего его личность. В предъявленной расписке заявитель проставляет дату и подпись получения уведомления. | В момент обращения |
| Расписка с подписью заявителя о получении документов хранится в МФЦ. |
| 7 | Специалист выдачиМФЦ | Если заявитель не обратился за результатом предоставления государственной услуги, документы направляются в филиал ГКУ «ЦСПН» по месту жительства заявителя по акту приема-передачи | Через три месяца после получения результата из филиала ГКУ «ЦСПН» |

В случае изменения нормативно-правовой базы предоставления услуги, Орган вносит изменение в технологическую схему и направляет в МФЦ.

Контактный телефон: 8(3532) 44-31-12.

Приложение № 1

 к Технологической схеме №26

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

 (наименование органа

 социальной защиты населения)

 адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. гражданина)

 адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, факс: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Заявление

 о назначении единовременного пособия

 при возникновении поствакцинального осложнения

 "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. в \_\_\_ часов \_\_\_ минут \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. гражданина)

в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ была сделана профилактическая прививка

(наименование медицинской организации)

препаратом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Вследствие данной прививки у \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ возникло

 (Ф.И.О. гражданина)

следующее поствакцинальное осложнение: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

что подтверждается заключением от "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ г. N \_\_\_\_\_\_\_, выданным

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (наименование медицинской организации)

Согласно п. 1 ст. 19 Федерального закона от 17.09.1998 N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" при возникновении поствакцинального осложнения гражданин имеет право на получение государственного единовременного пособия в размере 10 000 рублей.

На основании вышеизложенного и руководствуясь п. 1 ст. 19 Федерального закона от 17.09.1998 N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней", абз. 2 п. 2, п. 6 Порядка выплаты государственных единовременных пособий и ежемесячных денежных компенсаций гражданам при возникновении у них поствакцинальных осложнений, утвержденного Постановлением Правительства РФ от 27.12.2000 N 1013, просьба в срок до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выплатить государственное единовременное пособие в размере 10 000 (десять тысяч) рублей в следующем порядке:

-кредитное учреждение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ -почтовое отделение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Приложение:

1. Заключение от "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. N \_\_\_ об установлении факта поствакцинального осложнения.

2. Доверенность представителя от "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. N \_\_\_ (если заявление подписывается представителем заявителя).

3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

"\_\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ г.

 Достоверность представленных мной сведений подтверждаю. Заявитель (представитель):

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)

 **3. Результат услуги прошу предоставить мне/представителю (при наличии доверенности) в виде:**(отметьте только один вариант)

□ электронного документа, подписанного уполномоченным должностным лицом с использованием квалифицированной электронной подписи (посредством направления в личный кабинет интернет-портала [www.gosuslugi.ru](http://www.gosuslugi.ru));

□ документа на бумажном носителе в МФЦ.

**4. В целях регистрации и (или) дальнейшего информирования о ходе исполнения услуги (получения результата услуги) прошу:**

□ произвести регистрацию на интернет-портале [www.gosuslugi.ru](http://www.gosuslugi.ru) (в ЕСИА);

□ восстановить доступ на интернет-портале [www.gosuslugi.ru](http://www.gosuslugi.ru) (в ЕСИА);

□ подтвердить регистрацию учетной записи на интернет-портале [www.gosuslugi.ru](http://www.gosuslugi.ru) (в ЕСИА).

**В целях регистрации и дальнейшего информирования о ходе исполнения услуги (получения результата услуги) указывается следующая информация:**

СНИЛС ---;

номер мобильного телефона в федеральном формате ;

e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(если имеется);

гражданство – Российская Федерация/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование иностранного государства)

В случае, если документ, удостоверяющий личность – паспорт гражданина РФ:

серия, номер -\_\_\_ \_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

кем выдан - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата выдачи -\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_

код подразделения-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата рождения-\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

место рождения-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В случае, если документ, удостоверяющий личность – паспорт гражданина иностранного государства:

дата выдачи - \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_\_

дата окончания срока действия- \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_\_

**5. Прошу информировать меня о ходе исполнения услуги (получении результат услуги) через единый личный кабинет интернет-портала** [www.gosuslugi.ru](http://www.gosuslugi.ru) (для заявителей, зарегистрированных в ЕСИА) СНИЛС ---

(отметьте только один вариант)

\_\_\_ДА \_\_\_\_НЕТ

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_год

Заявитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (личная подпись) (фамилия и инициалы)

Заявление и прилагаемые к нему согласно перечню документы приняты:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| «\_\_» | \_\_\_\_ | 20\_\_\_ г. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | (подпись специалиста) | (инициалы, фамилия специалиста) |

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ

Заявление и документы гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Регистрационный номер заявления | Дата представления документов | Подпись специалиста (расшифровка подписи) |
|  |  |  |  |

Приложение № 2

 к Технологической схеме №26

 \_\_\_\_ГКУ «ЦСПН» Ленинского р.\_\_\_\_

 (наименование органа

 социальной защиты населения)

 адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Иванова Ивана Иванович\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. гражданина)

 адрес: \_г.Оренбург, ул.Кирова, д.1 \_\_\_\_\_,

 телефон: \_23232\_\_\_\_\_\_, факс: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Заявление

 о назначении единовременного пособия

 при возникновении поствакцинального осложнения

 "\_01\_\_"\_\_02\_. 2018\_\_ г. в 10\_ часов 00минут \_\_Иванов Иван Иванович\_\_\_\_

 (Ф.И.О. гражданина)

в \_в Поликлинике №1 г.Оренбурга\_\_\_\_\_ была сделана профилактическая прививка

(наименование медицинской организации)

препаратом \_\_АБКС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Вследствие данной прививки у \_\_\_Иванова И.И.\_\_\_\_\_\_\_ возникло

 (Ф.И.О. гражданина)

следующее поствакцинальное осложнение: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

что подтверждается заключением от "\_20"\_02\_\_\_\_ \_2018 г. N \_\_102\_, выданным

\_\_\_\_Поликлиникой №1 г.Оренбурга\_\_\_\_\_\_\_.

 (наименование медицинской организации)

Согласно п. 1 ст. 19 Федерального закона от 17.09.1998 N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" при возникновении поствакцинального осложнения гражданин имеет право на получение государственного единовременного пособия в размере 10 000 рублей.

На основании вышеизложенного и руководствуясь п. 1 ст. 19 Федерального закона от 17.09.1998 N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней", абз. 2 п. 2, п. 6 Порядка выплаты государственных единовременных пособий и ежемесячных денежных компенсаций гражданам при возникновении у них поствакцинальных осложнений, утвержденного Постановлением Правительства РФ от 27.12.2000 N 1013, просьба в срок до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выплатить государственное единовременное пособие в размере 10 000 (десять тысяч) рублей в следующем порядке:

-кредитное учреждение\_\_\_\_\_ПАО Сбербанк, счет № 42305600000000000\_\_\_\_ -почтовое отделение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Приложение:

1. Заключение от "\_20"\_\_02\_\_\_ 2018\_ г. N \_102 об установлении факта поствакцинального осложнения.

2. Доверенность представителя от "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. N \_\_\_ (если заявление подписывается представителем заявителя).

3. \_\_копия паспорта\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

"\_\_25\_"\_02\_\_\_\_\_\_\_\_ \_2018\_\_\_\_\_ г.

 Достоверность представленных мной сведений подтверждаю. Заявитель (представитель):

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_Иванов И.И.\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)

 **3. Результат услуги прошу предоставить мне/представителю (при наличии доверенности) в виде:**(отметьте только один вариант)

□ электронного документа, подписанного уполномоченным должностным лицом с использованием квалифицированной электронной подписи (посредством направления в личный кабинет интернет-портала [www.gosuslugi.ru](http://www.gosuslugi.ru));

□ документа на бумажном носителе в МФЦ.

**4. В целях регистрации и (или) дальнейшего информирования о ходе исполнения услуги (получения результата услуги) прошу:**

□ произвести регистрацию на интернет-портале [www.gosuslugi.ru](http://www.gosuslugi.ru) (в ЕСИА);

□ восстановить доступ на интернет-портале [www.gosuslugi.ru](http://www.gosuslugi.ru) (в ЕСИА);

□ подтвердить регистрацию учетной записи на интернет-портале [www.gosuslugi.ru](http://www.gosuslugi.ru) (в ЕСИА).

**В целях регистрации и дальнейшего информирования о ходе исполнения услуги (получения результата услуги) указывается следующая информация:**

СНИЛС ---;

номер мобильного телефона в федеральном формате ;

e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(если имеется);

гражданство – Российская Федерация/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование иностранного государства)

В случае, если документ, удостоверяющий личность – паспорт гражданина РФ:

серия, номер -\_53\_ 00\_ 536000

кем выдан - \_\_ОВД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата выдачи -\_01\_.\_02\_\_\_.2005\_\_\_\_

код подразделения-\_\_\_056-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата рождения-\_01\_\_.02\_\_\_\_.1979\_\_\_\_\_

место рождения-\_\_г.Оренбург\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В случае, если документ, удостоверяющий личность – паспорт гражданина иностранного государства:

дата выдачи - \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_\_

дата окончания срока действия- \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_\_

**5. Прошу информировать меня о ходе исполнения услуги (получении результат услуги) через единый личный кабинет интернет-портала** [www.gosuslugi.ru](http://www.gosuslugi.ru) (для заявителей, зарегистрированных в ЕСИА) СНИЛС ---

(отметьте только один вариант)

\_\_\_ДА \_\_\_\_НЕТ

«\_\_25\_»\_\_02\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2018\_\_\_год

Заявитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (личная подпись) (фамилия и инициалы)

Заявление и прилагаемые к нему согласно перечню документы приняты:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| «\_\_» | \_\_\_\_ | 20\_\_\_ г. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | (подпись специалиста) | (инициалы, фамилия специалиста) |

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ

Заявление и документы гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Регистрационный номер заявления | Дата представления документов | Подпись специалиста (расшифровка подписи) |
|  |  |  |  |

Приложение № 3

 к Технологической схеме №26

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

 (наименование органа социальной

 защиты населения)

 адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. члена семьи умершего)

 адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, факс: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Заявление

 о назначении единовременного пособия

 при возникновении поствакцинального осложнения

 "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. в \_\_\_ часов \_\_\_ минут \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. гражданина)

в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ была сделана профилактическая прививка

(наименование медицинской организации)

препаратом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Вследствие данной прививки у \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ возникло

 (Ф.И.О. умершего)

следующее поствакцинальное осложнение: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

что подтверждается заключением от "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. N \_\_\_, выданным

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (наименование медицинской организации)

 Вследствие данного поствакцинального осложнения наступила смерть

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, что подтверждается \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (Ф.И.О. умершего)

Согласно п. 2 ст. 19 Федерального закона от 17.09.1998 N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" в случае смерти гражданина, наступившей вследствие поствакцинального осложнения, право на получение государственного единовременного пособия в размере 30 000 рублей имеют члены его семьи.

На основании вышеизложенного и руководствуясь п. 2 ст. 19 Федерального закона от 17.09.1998 N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней", абз. 3 п. 2, п. 6 Порядка выплаты государственных единовременных пособий и ежемесячных денежных компенсаций гражданам при возникновении у них поствакцинальных осложнений, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 27.12.2000 N 1013, просьба выплатить государственное единовременное пособие в размере 30 000 (тридцать тысяч) рублей в срок до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в следующем порядке:

-кредитное учреждение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ -почтовое отделение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Приложение:

1. Заключение от "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ г. N \_\_\_\_\_ об установлении факта поствакцинального осложнения.

2. Заключение от "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ г. N \_\_\_\_\_\_, подтверждающее наступление смерти гражданина вследствие поствакцинального осложнения.

3. Свидетельство о смерти.

4. Документы, подтверждающие право заявителя на получение пособия.

5. Доверенность представителя от "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ г. N \_\_\_\_\_ (если заявление подписывается представителем заявителя).

6. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

"\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ г.

Достоверность представленных мной сведений подтверждаю. Заявитель (представитель):

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)

 **3. Результат услуги прошу предоставить мне/представителю (при наличии доверенности) в виде:**(отметьте только один вариант)

□ электронного документа, подписанного уполномоченным должностным лицом с использованием квалифицированной электронной подписи (посредством направления в личный кабинет интернет-портала [www.gosuslugi.ru](http://www.gosuslugi.ru));

□ документа на бумажном носителе в МФЦ;

**4. В целях регистрации и (или) дальнейшего информирования о ходе исполнения услуги (получения результата услуги) прошу:**

□ произвести регистрацию на интернет-портале [www.gosuslugi.ru](http://www.gosuslugi.ru) (в ЕСИА);

□ восстановить доступ на интернет-портале [www.gosuslugi.ru](http://www.gosuslugi.ru) (в ЕСИА);

□ подтвердить регистрацию учетной записи на интернет-портале [www.gosuslugi.ru](http://www.gosuslugi.ru) (в ЕСИА).

**В целях регистрации и дальнейшего информирования о ходе исполнения услуги (получения результата услуги) указывается следующая информация:**

СНИЛС ---;

номер мобильного телефона в федеральном формате ;

e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(если имеется);

гражданство – Российская Федерация/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование иностранного государства)

В случае, если документ, удостоверяющий личность – паспорт гражданина РФ:

серия, номер -\_\_\_ \_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

кем выдан - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата выдачи -\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_

код подразделения-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата рождения-\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

место рождения-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В случае, если документ, удостоверяющий личность – паспорт гражданина иностранного государства:

дата выдачи - \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_\_

дата окончания срока действия- \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_\_

**5. Прошу информировать меня о ходе исполнения услуги (получении результат услуги) через единый личный кабинет интернет-портала** [www.gosuslugi.ru](http://www.gosuslugi.ru) (для заявителей, зарегистрированных в ЕСИА) СНИЛС ---

(отметьте только один вариант)

\_\_\_ДА \_\_\_\_НЕТ

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_год

Заявитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (личная подпись) (фамилия и инициалы)

Заявление и прилагаемые к нему согласно перечню документы приняты:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| «\_\_» | \_\_\_\_ | 20\_\_\_\_\_\_\_\_ г. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | (подпись специалиста) | (инициалы, фамилия специалиста) |

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ

Заявление и документы гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Регистрационный номер заявления | Дата представления документов | Подпись специалиста (расшифровка подписи) |
|  |  |  |  |

Приложение № 4

 к Технологической схеме №26

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

 (наименование органа социальной

 защиты населения)

 адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. гражданина)

 адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, факс: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Заявление

 о назначении ежемесячной денежной компенсации

 "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ г. в \_\_\_ часов \_\_\_ минут \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. гражданина)

в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ была сделана профилактическая прививка

(наименование медицинской организации)

препаратом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Вследствие данной прививки у \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ возникло

 (Ф.И.О. гражданина)

следующее поствакцинальное осложнение: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

что подтверждается заключением от "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ г. N \_\_\_\_\_\_, выданным \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (наименование медицинской организации)

 Вследствие данного поствакцинального осложнения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. гражданина)

был признан инвалидом, что подтверждается Справкой об инвалидности (серия\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_), выданной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (наименование федерального государственного

 учреждения медико-социальной экспертизы)

Согласно п. 1 ст. 20 Федерального закона от 17.09.1998 N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" гражданин, признанный инвалидом вследствие поствакцинального осложнения, имеет право на получение ежемесячной денежной компенсации в размере 1000 рублей.

На основании вышеизложенного и руководствуясь п. 1 ст. 20 Федерального закона от 17.09.1998 N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней", п. п. 3, 7 Порядка выплаты государственных единовременных пособий и ежемесячных денежных компенсаций гражданам при возникновении у них поствакцинальных осложнений, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 27.12.2000 N 1013, просьба назначить выплату ежемесячной денежной компенсации в размере 1000 (одной тысячи) рублей в следующем порядке: -кредитное учреждение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ -почтовое отделение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Приложение:

1. Заключение от "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. N \_\_\_\_\_\_ об установлении факта поствакцинального осложнения.

2. Справка об инвалидности (серия \_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_).

3. Доверенность представителя от "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. N \_\_\_\_\_ (если заявление подписывается представителем заявителя).

"\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г.

 Достоверность представленных мной сведений подтверждаю. Заявитель (представитель):

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)

 **3. Результат услуги прошу предоставить мне/представителю (при наличии доверенности) в виде:**(отметьте только один вариант)

□ электронного документа, подписанного уполномоченным должностным лицом с использованием квалифицированной электронной подписи (посредством направления в личный кабинет интернет-портала [www.gosuslugi.ru](http://www.gosuslugi.ru));

□ документа на бумажном носителе в МФЦ.

**4. В целях регистрации и (или) дальнейшего информирования о ходе исполнения услуги (получения результата услуги) прошу:**

□ произвести регистрацию на интернет-портале [www.gosuslugi.ru](http://www.gosuslugi.ru) (в ЕСИА);

□ восстановить доступ на интернет-портале [www.gosuslugi.ru](http://www.gosuslugi.ru) (в ЕСИА);

□ подтвердить регистрацию учетной записи на интернет-портале [www.gosuslugi.ru](http://www.gosuslugi.ru) (в ЕСИА).

**В целях регистрации и дальнейшего информирования о ходе исполнения услуги (получения результата услуги) указывается следующая информация:**

СНИЛС ---;

номер мобильного телефона в федеральном формате ;

e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(если имеется);

гражданство – Российская Федерация/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование иностранного государства)

В случае, если документ, удостоверяющий личность – паспорт гражданина РФ:

серия, номер -\_\_\_ \_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

кем выдан - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата выдачи -\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_

код подразделения-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата рождения-\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

место рождения-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В случае, если документ, удостоверяющий личность – паспорт гражданина иностранного государства:

дата выдачи - \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_\_

дата окончания срока действия- \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_\_

**5. Прошу информировать меня о ходе исполнения услуги (получении результат услуги) через единый личный кабинет интернет-портала** [www.gosuslugi.ru](http://www.gosuslugi.ru) (для заявителей, зарегистрированных в ЕСИА) СНИЛС ---

(отметьте только один вариант)

\_\_\_ДА \_\_\_\_НЕТ

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_год

Заявитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (личная подпись) (фамилия и инициалы)

Заявление и прилагаемые к нему согласно перечню документы приняты:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| «\_\_» | \_\_\_\_ | 20\_\_\_ г. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | (подпись специалиста) | (инициалы, фамилия специалиста) |

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ

Заявление и документы гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Регистрационный номер заявления | Дата представления документов | Подпись специалиста (расшифровка подписи) |
|  |  |  |  |

Приложение № 5

к Технологической схеме №26

Согласие на обработку персональных данных гражданина

Я,

 (фамилия, имя, отчество)

(вид документа, удостоверяющего личность)

выдан

 (когда и кем)

Проживающий по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

настоящим даю свое согласие на обработку
\_\_*филиал ГКУ «Центр социальной поддержки населения» в*

(наименование и адрес оператора)

моих персональных данных и подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую осознанно и в своих интересах.

Согласие дается мною с целью *получения меры социальной поддержки* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

и распространяется на следующую информацию:

(перечень персональных данных)

а также даю свою согласие на обработку специальных категорий персональных данных касающихся гражданства, состояния здоровья и на обработку биометрических персональных данных (фотографию).

 Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение, персональных данных, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными в соответствии с федеральным законодательством как с использованием средств автоматизации, так и без такового.

 Даю свое согласие на передачу своих персональных данных в:

*(указать наименование)*

- кредитую организацию \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

 почтовое отделение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 Настоящее согласие вступает в силу со дня подписания и действует до достижения указанной цели обработки и последующего срока хранения документов, установленного законодательством Российской Федерации.

 Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа.

 В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ обязано прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения предоставления государственной услуги.

Контактный(ые) телефон(ы) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и почтовый адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_\_\_ г.

Приложение № 6

к Технологической схеме №26

Согласие на обработку персональных данных гражданина

Я, Иванов Иван Иванович

 (фамилия, имя, отчество)

 ***паспорт серии № 5302 № 534661***

(вид документа, удостоверяющего личность)

Выдан ОВД Ленинского р. г.Оренбурга

 (когда и кем)

Проживающий по адресу \_г.Оренбург ул. Кирова д.1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

настоящим даю свое согласие на обработку
\_\_*филиалу ГКУ «Центр социальной поддержки населения» в Ленинском р.г.Оренбурга*

(наименование и адрес оператора)

моих персональных данных и подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую осознанно и в своих интересах.

согласие дается мною с целью предоставления государственной услуги «Назначение и выплата государственных единовременных пособий и ежемесячных денежных компенсаций при возникновении поствакцинальных осложнений»\_\_\_\_\_\_\_\_\_

и распространяется на следующую информацию: Ф.И.О., адрес, реквизиты документа, удостоверяющего личность, сведения об инвалидности, номер счета в кредитной организации

(перечень персональных данных)

а также даю свою согласие на обработку специальных категорий персональных данных касающихся гражданства, состояния здоровья и на обработку биометрических персональных данных (фотографию).

 Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение, персональных данных, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными в соответствии с федеральным законодательством как с использованием средств автоматизации, так и без такового.

 Даю свое согласие на передачу своих персональных данных в:

*(указать наименование)*

- кредитую организацию \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

 почтовое отделение \_\_\_\_\_\_460000 г.Оренбург \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; \_

 Настоящее согласие вступает в силу со дня подписания и действует до достижения указанной цели обработки и последующего срока хранения документов, установленного законодательством Российской Федерации.

 Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа.

 В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных *филиал ГКУ «Центр социальной поддержки населения» вЛенинском р.г.Оренбурга* \_\_ обязано прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения предоставления государственной услуги.

Контактный(ые) телефон(ы) \_\_\_\_530000\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и почтовый адрес \_460000 г.Оренбург, ул.Кирова, д. 1, кв.1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ « \_\_01» \_\_\_02\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 18\_ г.

Приложение № 7

к Технологической схеме №26

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

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

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

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

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

УВЕДОМЛЕНИЕ

 На основании Вашего заявления от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вам назначена (единовременное пособие) ежемесячная компенсация при

возникновении поствакцинальных осложнений

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (размер

выплаты) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(срок

назначения) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руководитель

уполномоченного органа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка)

 "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

 Исп. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_