**Технологическая схема № 30**

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

«Возмещение 50 процентов расходов на оплату малобелковых продуктов питания детей, больных фенилкетонурией, проживающих на территории Оренбургской области»

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Общие сведения об услуге | | | | |
| Наименование *Органа*, ответственного за организацию предоставления услуги | | | Министерство социального развития Оренбургской области | |
| Полное наименование услуги | | | Возмещение 50 процентов расходов на оплату малобелковых продуктов питания детей, больных фенилкетонурией, проживающих на территории Оренбургской области | |
| Краткое наименование услуги | | | Отсутствует | |
| Перечень подуслуг в рамках услуги | | | Отсутствует | |
| Нормативно-правовая база предоставления услуги | | | Приказ министерства социального развития Оренбургской области от 15.02.2018 № 106 «Об утверждении административного регламента предоставления государственной услуги «Возмещение 50 процентов расходов на оплату малобелковых продуктов питания детей, больных фенилкетонурией, проживающих на территории Оренбургской области» | |
| Постановление Правительства Оренбургской области от 08.10.2012 № 869-п «О мерах социальной поддержки семей с детьми, больными фенилкетонурией» | |
| 1. Сведения об услуге | | | | |
| Срок предоставления | | | не более 10 рабочих дней со дня поступления заявления со всеми необходимыми документами | |
| Документы, являющиеся результатом предоставления услуги | | | 1. Уведомление о предоставлении государственной услуги (Приложение № 3 к Технологической схеме); 2. Письмо с мотивированным отказом в предоставлении государственной услуги (Приложение № 4 к Технологической схеме). | |
| 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 | | | Заявителем является один из родителей (законных представителей) ребенка, больного фенилкетонурией, проживающего на территории Оренбургской области, и понесший расходы на оплату малобелковых продуктов питания.  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 | | | 1. Заявление (Приложение №1 к Технологической схеме, образец заполнения - Приложение № 2 к Технологической схеме).   2) документы, удостоверяющие личность родителя (законного представителя)  - паспорт - для гражданина (стр. 3-4, и страницы, где указана последняя запись регистрации по месту жительства);  3) свидетельство о рождении ребенка;  4) документы, подтверждающие место жительства родителя (законного представителя) и ребенка, больного фенилкетонурией;  5) справка медицинской организации, подтверждающая диагноз ребенка, заверенная подписью и печатью;  6) документы, подтверждающие расходы по оплате малобелковых продуктов питания, с указанием даты покупки, стоимости каждого вида продуктов, количества приобретенных продуктов, общей стоимости продуктов;  7) документ об открытии счета в кредитной организации;  8) согласие на обработку персональных данных (Приложение № 3 к Технологической схеме, образец заполнения – Приложение № 4 к Технологической схеме);  9) документ, подтверждающий полномочия на осуществление действий от имени заявителя (для представителя заявителя).  В случае если копия не заверена в установленном порядке, тот вместе с копией представляется оригинал.  Информация, подтверждающая место жительства родителя (законного представителя), с которым проживает ребенок, больной фенилкетонурией, запрашивается филиалом ГКУ «ЦСПН», в том числе через единую систему межведомственного электронного взаимодействия. Указанные лица вправе представить документы, подтверждающие их место жительства, по собственной инициативе. | |
| 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. неполного перечня документов; 2. текст заявления не поддается прочтению; 3. не указаны: фамилия, имя, адрес заявителя; 4. в обращении содержатся нецензурные либо оскорбительные выражения, угрозы жизни, здоровью и имуществу работников уполномоченного органа, а также членам их семьи. | |
| 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 (за исключением справки медицинской организации, подтверждающей диагноз ребенка, заверенной подписью и печатью). | |
| 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 ГКУ «ЦСПН» и 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 рабочих дней со дня регистрации заявления в филиале ГКУ «ЦСПН» |
| Формирует уведомление о предоставлении государственной услуги либо письмо об отказе в предоставлении государственной услуги. | |
| Регистрирует уведомление (письмо) и направляет по акту приема-передачи в МФЦ. | | не позднее следующего рабочего дня с даты принятия решения |
| 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 выдачи  МФЦ | 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 №30

В Филиал ГКУ "Центр социальной

поддержки населения" в

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

Сведения о заявителе: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(Ф.И.О.)

Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

документ, удостоверяющий личность:

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

(вид документа)

Серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Кем выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Когда выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Код подразделения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактная информация:

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

Эл. почта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства:

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

Заявление N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении государственной услуги

"Возмещение 50 процентов расходов на оплату

малобелковых продуктов питания детей,

больных фенилкетонурией, проживающих

на территории Оренбургской области"

1. Прошу назначить МСП "Возмещение 50 процентов расходов на оплату

малобелковых продуктов питания детей, больных фенилкетонурией, проживающих

на территории Оренбургской области" в соответствии с НПД "[Постановление](consultantplus://offline/ref=E655A0FAA4C9F4176666060B124284659F671D0609DA742C101A5C875C8CC49FYF76J)

Правительства Оренбургской области от 08.10.2012 N 869-п "О мерах

социальной поддержки семей с детьми, больными фенилкетонурией" и возместить

50 процентов расходов на приобретение малобелковых продуктов для моего

ребенка:

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

(Ф.И.О. ребенка) (дата рождения ребенка)

2. Документы для предоставления государственной услуги прилагаются.

В подтверждение понесенных расходов сообщаю информацию о приобретенных

малобелковых продуктах:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Дата оплаты | Наименование приобретенных продуктов | Стоимость за единицу, рублей | Кол-во единиц | Общая; стоимость, рублей |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Итого: | | |  | |  |

Приложение: платежные документы на \_\_\_\_ л.

Опись прилагаемых документов:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование документов | Количество экземпляров |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |

Прошу перечислять выплату:

- почтовое отделение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- кредитное учреждение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Обязуюсь своевременно (не позднее чем в 10-дневный срок) сообщить о

наступлении обстоятельств, влекущих изменение размера назначения или

прекращение возмещения расходов на оплату малобелковых продуктов (выезд на

постоянное место жительства за пределы Оренбургской области, смена места

жительства в пределах Оренбургской области, снятие диагноза

"фенилкетонурия" и др.).

Излишне выплаченные по вине заявителя суммы возмещения (предоставление

заведомо недостоверных сведений, сокрытие обстоятельств, влияющих на

определение права и размер выплаты и т.д.) удерживаются в счет

осуществления выплаты компенсации в следующих месяцах. В случае прекращения

выплаты, оставшаяся задолженность взыскивается в порядке, установленном

законодательством Российской Федерации.

Достоверность представленных мной сведений подтверждаю. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Дата, Подпись)

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);

┌───┐

│ │ документа на бумажном носителе в МФЦ;

└───┘

┌───┐

│ │ документа на бумажном носителе в Филиале Учреждения;

└───┘

┌───┐

│ │ почтовым отправлением;

└───┘

┌───┐

│ │ по телефону.

└───┘

4. В целях регистрации и (или) дальнейшего информирования о ходе

исполнения услуги (получении результата услуги) прошу:

┌───┐

│ │ произвести регистрацию на интернет-портале www.gosuslugi.ru (в

└───┘

ЕСИА);

┌───┐

│ │ восстановить доступ на интернет-портале www.gosuslugi.ru (в

└───┘

ЕСИА);

┌───┐

│ │ подтвердить регистрацию учетной записи на интернет-портале

└───┘

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 (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 №30

В Филиал ГКУ "Центр социальной

поддержки населения" в

\_\_\_\_\_Ленинского р.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сведения о заявителе: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_Иванов И.И.\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

Дата рождения: \_01.02.1975\_\_\_\_\_\_\_\_\_

документ, удостоверяющий личность:

\_\_\_паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(вид документа)

Серия \_5300\_\_ номер \_\_630000\_\_\_\_

Кем выдан: \_\_ОВД Ленинского\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_р-на г.Оренбурга\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Когда выдан: \_01.02.2005\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Код подразделения: \_056-043\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактная информация:

Тел.: \_\_\_530000\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Эл. почта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства:

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

Заявление N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении государственной услуги

"Возмещение 50 процентов расходов на оплату

малобелковых продуктов питания детей,

больных фенилкетонурией, проживающих

на территории Оренбургской области"

1. Прошу назначить МСП "Возмещение 50 процентов расходов на оплату

малобелковых продуктов питания детей, больных фенилкетонурией, проживающих

на территории Оренбургской области" в соответствии с НПД "[Постановление](consultantplus://offline/ref=E655A0FAA4C9F4176666060B124284659F671D0609DA742C101A5C875C8CC49FYF76J)

Правительства Оренбургской области от 08.10.2012 N 869-п "О мерах

социальной поддержки семей с детьми, больными фенилкетонурией" и возместить

50 процентов расходов на приобретение малобелковых продуктов для моего

ребенка:

\_\_\_Иванов Петр Иванович\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_01.02.2009\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребенка) (дата рождения ребенка)

2. Документы для предоставления государственной услуги прилагаются.

В подтверждение понесенных расходов сообщаю информацию о приобретенных

малобелковых продуктах:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Дата оплаты | Наименование приобретенных продуктов | Стоимость за единицу, рублей | Кол-во единиц | Общая; стоимость, рублей |
|  | 19.01.2018 | Батон Белый нарезной низкобелковый (Bezgluten) | 50 | 5 | 250 |
|  | 19.01.2018 | Шоколад малобелковый | 300 | 2 | 600 |
|  | 19.01.2018 | Крупка гречневая УВЕЛКА | 200 | 4 | 800 |
| Итого: | | |  | | 1650 |

Приложение: платежные документы на \_1\_ л.

Опись прилагаемых документов:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование документов | Количество экземпляров |
| 1. | паспорт | 1 |
| 2. | Свидетельство о рождении | 1 |
| 3. | Справка ЛПУ, подтверждающая диагноз «фенилкетонурия» | 1 |
| 4. | Справка с места жительства заявителя о составе семьи и о совместном проживании с членами семьи | 1 |
| 5. | Платежные документы, подтверждающие расходы по оплате малобелковых продуктов питания | 1 |

Прошу перечислять выплату:

- почтовое отделение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- кредитное учреждение \_\_\_8623/000 счет 42307823120000000000\_\_\_\_\_\_\_\_

Обязуюсь своевременно (не позднее чем в 10-дневный срок) сообщить о

наступлении обстоятельств, влекущих изменение размера назначения или

прекращение возмещения расходов на оплату малобелковых продуктов (выезд на

постоянное место жительства за пределы Оренбургской области, смена места

жительства в пределах Оренбургской области, снятие диагноза

"фенилкетонурия" и др.).

Излишне выплаченные по вине заявителя суммы возмещения (предоставление

заведомо недостоверных сведений, сокрытие обстоятельств, влияющих на

определение права и размер выплаты и т.д.) удерживаются в счет

осуществления выплаты компенсации в следующих месяцах. В случае прекращения

выплаты, оставшаяся задолженность взыскивается в порядке, установленном

законодательством Российской Федерации.

Достоверность представленных мной сведений подтверждаю. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Дата, Подпись)

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);

┌───┐

│ │ документа на бумажном носителе в МФЦ;

└───┘

┌───┐

│ │ документа на бумажном носителе в Филиале Учреждения;

└───┘

┌───┐

│ │ почтовым отправлением;

└───┘

┌───┐

│ │ по телефону.

└───┘

4. В целях регистрации и (или) дальнейшего информирования о ходе

исполнения услуги (получении результата услуги) прошу:

┌───┐

│ │ произвести регистрацию на интернет-портале www.gosuslugi.ru (в

└───┘

ЕСИА);

┌───┐

│ │ восстановить доступ на интернет-портале www.gosuslugi.ru (в

└───┘

ЕСИА);

┌───┐

│ │ подтвердить регистрацию учетной записи на интернет-портале

└───┘

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 - \_5300\_\_ 6\_ 3\_ 0\_ 0\_ 0\_ 0\_

кем выдан - \_\_ОВД Ленинского р.г.Оренбург\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата выдачи - \_01.02.2005

код подразделения - \_\_056-048\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 (для заявителей, зарегистрированных в ЕСИА)

┌───┐┌───┐┌───┐ ┌───┐┌───┐┌───┐ ┌───┐┌───┐┌───┐ ┌───┐┌───┐

СНИЛС │ 0 ││5 ││6 │-│0 ││5 ││6 │-│0 ││5 ││6 │-│0 ││2 │

└───┘└───┘└───┘ └───┘└───┘└───┘ └───┘└───┘└───┘ └───┘└───┘

(отметьте только один вариант)

\_\_\_\_ ДА \_\_\_\_ НЕТ

"\_23" \_\_02\_\_\_ 2018\_\_ год

Заявитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Иванов И.И.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(личная подпись) (фамилия и инициалы)

Заявление и прилагаемые к нему согласно перечню документы приняты:

"\_23 \_02\_ 2018 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_Петрова. А.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись специалиста) (инициалы, фамилия специалиста)

─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ

Заявление и документы гр. \_\_\_Иванов.И.И.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Регистрационный номер заявления | Дата представления документов | Подпись специалиста (расшифровка подписи) |
| 0122 | 23.02.2018 | Петрова А.А. |

Приложение №3

к Технологической схеме №30

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 передачу), 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)

- кредитную 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 №4

к Технологической схеме №30

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 ГКУ «Центр социальной поддержки населения» и филиалу ГКУ «Центр социальной поддержки населения» в Ленинском районе 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 получения меры социальной поддержки

«Возмещение 50 процентов расходов на оплату малобелковых продуктов питания детей, больных фенилкетонурией, проживающих на территории Оренбургской области»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

и распространяется на следующую информацию: Ф.И.О., адрес, реквизиты документа, удостоверяющего личность, сведения об инвалидности, номер счета в кредитной организации, документы предоставленные для данной меры социальной поддержки\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(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 передачу), 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)

- кредитную организацию \_ПАО сбербанк\_\_\_№ 8623/057\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

- 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) \_\_\_530000\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и почтовый адрес

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

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_23\_" \_02\_\_\_\_\_ 2018 г.

Приложение № 5

к Технологической схеме №30

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

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

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

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

УВЕДОМЛЕНИЕ

На основании Вашего [заявления](consultantplus://offline/ref=72060227EC6D1FF1ADF16A2EDB2F764E03D162B2194A7BDDB24C4E24BC63C7207306F9A9D28B3A840771AAh0w3G) от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

принято решение о возмещении 50 процентов расходов на оплату малобелковых

продуктов питания детей, больных фенилкетонурией.

(размер выплаты) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(срок назначения) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руководитель

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

(подпись) (расшифровка)

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

Исп. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_