Документ предоставлен [КонсультантПлюс](http://www.consultant.ru)

СТАВРОПОЛЬСКАЯ ГОРОДСКАЯ ДУМА

РЕШЕНИЕ

от 13 апреля 2011 г. N 34

О ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕРАХ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ СЕМЕЙ,

ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ В ВОЗРАСТЕ ДО 18 ЛЕТ

|  |
| --- |
| Список изменяющих документов  (в ред. решений Ставропольской городской Думы  от 27.05.2011 [N 70](consultantplus://offline/ref=1BF242F4A6F15E814FFDA8AC8BEFB3E90A492FFA73F57F5BB060760C98FEA6F9FB31DDE75D4FBD50B63F42643EBBFB44624DA37D29B2959DA6BA782B38K), от 30.05.2012 [N 223](consultantplus://offline/ref=1BF242F4A6F15E814FFDA8AC8BEFB3E90A492FFA74FA7D5CB360760C98FEA6F9FB31DDE75D4FBD50B63F42643EBBFB44624DA37D29B2959DA6BA782B38K),  от 26.08.2015 [N 728](consultantplus://offline/ref=1BF242F4A6F15E814FFDA8AC8BEFB3E90A492FFA79F27B5EB460760C98FEA6F9FB31DDE75D4FBD50B63F42643EBBFB44624DA37D29B2959DA6BA782B38K)) |

В соответствии с [частью 5 статьи 20](consultantplus://offline/ref=1BF242F4A6F15E814FFDA8BA8883EDE30E4673F773F5760EED3F2D51CFF7ACAEBC7E84A51943BC55B434163071BAA703365EA07D29B094812A34K) Федерального закона "Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации", [Уставом](consultantplus://offline/ref=1BF242F4A6F15E814FFDA8AC8BEFB3E90A492FFA71F77B5EB26F2B0690A7AAFBFC3E82F05A06B151B63F436031E4FE517315AD7F36AC9482BAB87ABA2931K) муниципального образования города Ставрополя Ставропольского края Ставропольская городская Дума решила:

(в ред. [решения](consultantplus://offline/ref=1BF242F4A6F15E814FFDA8AC8BEFB3E90A492FFA74FA7D5CB360760C98FEA6F9FB31DDE75D4FBD50B63F42673EBBFB44624DA37D29B2959DA6BA782B38K) Ставропольской городской Думы от 30.05.2012 N 223)

|  |
| --- |
| Положение пункта 1 распространяется на правоотношения, возникшие с 1 января 2011 года ([пункт 5](#P26) данного документа). |

1. Установить дополнительные меры социальной поддержки в виде ежемесячного пособия в размере 1000 рублей семьям, воспитывающим детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, на приобретение подгузников.

2. Установить дополнительные меры социальной поддержки в виде единовременного пособия семьям, воспитывающим детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, на приобретение технических средств реабилитации:

лечебного костюма "Адели" в размере 20000 рублей;

лечебного костюма "Фаэтон" в размере 20000 рублей;

вертикализатора в размере 20000 рублей;

катетера для санации ротоглотки и дыхательных путей в размере 6000 рублей;

трубки эндотрахеальной без манжеты в размере 6000 рублей.

3. Утвердить [Порядок](#P41) предоставления дополнительных мер социальной поддержки семьям, воспитывающим детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, на приобретение подгузников в виде ежемесячного пособия согласно приложению 1.

4. Утвердить [Порядок](#P208) предоставления дополнительных мер социальной поддержки семьям, воспитывающим детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, на приобретение технических средств реабилитации в виде единовременного пособия согласно приложению 2.

5. Положение [пункта 1](#P17) настоящего решения распространяется на правоотношения, возникшие с 1 января 2011 года.

6. Настоящее решение вступает в силу после его официального опубликования в газете "Вечерний Ставрополь".

Глава города Ставрополя

Г.С.КОЛЯГИН

Приложение 1

к решению

Ставропольской городской Думы

от 13 апреля 2011 г. N 34

ПОРЯДОК

ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕР СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ

СЕМЬЯМ, ВОСПИТЫВАЮЩИМ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ В ВОЗРАСТЕ ДО 18 ЛЕТ,

НА ПРИОБРЕТЕНИЕ ПОДГУЗНИКОВ В ВИДЕ ЕЖЕМЕСЯЧНОГО ПОСОБИЯ

|  |
| --- |
| Список изменяющих документов  (в ред. [решения](consultantplus://offline/ref=1BF242F4A6F15E814FFDA8AC8BEFB3E90A492FFA79F27B5EB460760C98FEA6F9FB31DDE75D4FBD50B63F42673EBBFB44624DA37D29B2959DA6BA782B38K) Ставропольской городской Думы  от 26.08.2015 N 728) |

1. Настоящий Порядок предоставления дополнительных мер социальной поддержки семьям, воспитывающим детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, на приобретение подгузников в виде ежемесячного пособия (далее - Порядок) устанавливает правила назначения и выплаты ежемесячного пособия семьям, воспитывающим детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, на приобретение подгузников.

2. Право на получение ежемесячного пособия семьям, воспитывающим детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, на приобретение подгузников имеет один из родителей (усыновителей, опекунов, попечителей), зарегистрированный по месту жительства в городе Ставрополе (далее - заявители), на каждого рожденного, усыновленного, принятого под опеку (попечительство) ребенка-инвалида.

Ежемесячное пособие семьям, воспитывающим детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, на приобретение подгузников (далее - ежемесячное пособие) выплачивается на основании рекомендации индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида, выданной федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы, об обеспечении ребенка-инвалида дополнительными подгузниками.

3. Ежемесячное пособие не выплачивается родителям (усыновителям), лишенным родительских прав, а также родителям (усыновителям), дети которых находятся на полном государственном обеспечении (за исключением детей, находящихся по социально-медицинским показаниям в стационарных учреждениях социального обслуживания населения).

4. Размер ежемесячного пособия составляет 1000 рублей.

Предоставление дополнительных мер социальной поддержки семьям, воспитывающим детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, на приобретение подгузников носит заявительный характер.

5. Для назначения ежемесячного пособия заявителю необходимо представить в отраслевой (функциональный) орган администрации города Ставрополя в области социальной защиты отдельных категорий граждан (далее - уполномоченный орган) следующие документы:

[заявление](#P110) о назначении ежемесячного пособия по форме согласно приложению к настоящему Порядку;

паспорт или иной документ, удостоверяющий личность заявителя;

свидетельство о рождении ребенка-инвалида заявителя;

документ, подтверждающий изменение фамилии, имени, отчества заявителя или ребенка-инвалида (в случае необходимости);

справку, подтверждающую факт установления ребенку заявителя инвалидности, выданную федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы;

индивидуальную программу реабилитации ребенка-инвалида, выданную федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы, содержащую рекомендации о необходимости обеспечения дополнительными подгузниками;

реквизиты кредитной организации и лицевого счета или копию страницы сберегательной книжки заявителя, содержащей полные платежные реквизиты.

Для назначения ежемесячного пособия опекуну (попечителю) дополнительно представляется постановление органа местного самоуправления об установлении опеки (попечительства) над ребенком-инвалидом.

Указанные в настоящем пункте документы могут быть представлены представителем заявителя с одновременным представлением документов, подтверждающих его полномочия и удостоверяющих его личность.

В подтверждение получения документов заявителю или его представителю выдается расписка о получении документов с указанием их перечня и даты получения.

6. Ежемесячное пособие назначается с первого числа месяца, в котором подано заявление с документами, указанными в [пункте 5](#P55) настоящего Порядка, в случае принятия решения о назначении ежемесячного пособия.

7. Ежемесячное пособие назначается до первого числа месяца, следующего за месяцем, в котором истекает установленный срок действия индивидуальной программы реабилитации.

8. Финансирование расходов на выплату ежемесячного пособия осуществляется за счет средств бюджета города Ставрополя.

9. Уполномоченный орган осуществляет:

назначение ежемесячного пособия;

выплату ежемесячного пособия путем перечисления денежных средств на счет заявителя, открытый в кредитной организации;

формирование базы данных лиц, получающих ежемесячное пособие в соответствии с настоящим Порядком.

10. Решение о назначении ежемесячного пособия принимается уполномоченным органом в пятнадцатидневный срок со дня подачи заявления о назначении ежемесячного пособия с представлением документов, предусмотренных [пунктом 5](#P55) настоящего Порядка.

11. Решение об отказе в назначении ежемесячного пособия принимается уполномоченным органом в пятнадцатидневный срок со дня подачи заявления о назначении ежемесячного пособия.

В назначении ежемесячного пособия отказывается в случае:

отсутствия у заявителя регистрации по месту жительства в городе Ставрополе;

непредставления документов, предусмотренных [пунктом 5](#P55) настоящего Порядка.

Письменный отказ направляется уполномоченным органом заявителю в трехдневный срок со дня принятия решения с указанием причины отказа и порядка его обжалования.

12. Обстоятельства, влекущие прекращение выплаты ежемесячного пособия:

снятие заявителя с регистрационного учета по месту жительства в городе Ставрополе;

лишение заявителя родительских прав в отношении ребенка-инвалида;

установление обстоятельств, предусмотренных [пунктом 3](#P52) настоящего Порядка;

достижение ребенком-инвалидом возраста 18 лет;

отстранение либо освобождение опекуна (попечителя) ребенка-инвалида от исполнения им своих обязанностей;

прекращение срока действия индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида заявителя, выданной федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы;

истечение срока действия справки, подтверждающей факт установления ребенку инвалидности;

смерть заявителя либо ребенка-инвалида.

Заявитель обязан извещать уполномоченный орган о возникновении обстоятельств, влекущих прекращение выплаты ежемесячного пособия, в срок, не превышающий пяти рабочих дней со дня возникновения указанных обстоятельств.

При возникновении обстоятельств, влекущих прекращение выплаты ежемесячного пособия, его выплата прекращается с первого числа месяца, следующего за месяцем, в котором наступили такие обстоятельства.

13. Представление недостоверных сведений и документов, предусмотренных [пунктом 5](#P55) настоящего Порядка, влечет ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

14. Сумма ежемесячного пособия, выплаченная заявителю вследствие его злоупотребления (представление документов с заведомо недостоверными сведениями, сокрытие данных, влияющих на право назначения ежемесячного пособия), возмещается заявителем уполномоченному органу в порядке, определенном законодательством Российской Федерации.

Приложение

к Порядку

предоставления дополнительных мер социальной

поддержки семьям, воспитывающим детей-инвалидов

в возрасте до 18 лет, на приобретение

подгузников в виде ежемесячного пособия

Форма

В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование уполномоченного органа)

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

ЗАЯВЛЕНИЕ N \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

о назначении ежемесячного пособия семьям, воспитывающим

детей-инвалидов в возрасте до 18 лет,

на приобретение подгузников

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество заявителя полностью)

проживающий(ая) в городе Ставрополе по адресу:

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

(адрес регистрации по месту жительства заявителя с указанием индекса)

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

(адрес фактического проживания заявителя с указанием индекса)

тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

электронный адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (по желанию).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| паспорт или иной документ, удостоверяющий личность заявителя  (нужное подчеркнуть) | дата рождения |  |
| серия, номер |  |
| дата выдачи |  |
| кем выдан |  |

Прошу назначить мне ежемесячное пособие на ребенка-инвалида

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

(фамилия, имя, отчество ребенка-инвалида)

Для назначения ежемесячного пособия представляю следующие документы:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование документа | Количество экземпляров |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |

Достоверность представленных сведений подтверждаю.

Прошу перечислить причитающееся мне ежемесячное пособие

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

(номер счета и наименование кредитной организации)

Прошу уведомить меня о принятом решении посредством телефонной,

почтовой, электронной связи (нужное подчеркнуть).

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

(подпись заявителя или его представителя)

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

РАСПИСКА

о получении заявления о назначении ежемесячного пособия

семьям, воспитывающим детей-инвалидов в возрасте до 18 лет,

на приобретение подгузников и прилагаемых к нему документов

Заявление и прилагаемые к нему документы от гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(фамилия, имя, отчество полностью)

|  |  |
| --- | --- |
| N п/п | Перечень принятых документов |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 5. |  |

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

специалистом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(фамилия, имя, отчество полностью) (подпись)

регистрационный номер заявления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

телефон для справок \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение 2

к решению

Ставропольской городской Думы

от 13 апреля 2011 г. N 34

ПОРЯДОК

ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕР СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ

СЕМЬЯМ, ВОСПИТЫВАЮЩИМ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ В ВОЗРАСТЕ ДО 18 ЛЕТ,

НА ПРИОБРЕТЕНИЕ ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ РЕАБИЛИТАЦИИ

В ВИДЕ ЕДИНОВРЕМЕННОГО ПОСОБИЯ

|  |
| --- |
| Список изменяющих документов  (в ред. [решения](consultantplus://offline/ref=1BF242F4A6F15E814FFDA8AC8BEFB3E90A492FFA79F27B5EB460760C98FEA6F9FB31DDE75D4FBD50B63F4A643EBBFB44624DA37D29B2959DA6BA782B38K) Ставропольской городской Думы  от 26.08.2015 N 728) |

1. Настоящий Порядок предоставления дополнительных мер социальной поддержки семьям, воспитывающим детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, на приобретение технических средств реабилитации в виде единовременной выплаты (далее - Порядок) устанавливает правила назначения и выплаты единовременного пособия семьям, воспитывающим детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, на приобретение технических средств реабилитации.

2. Право на получение единовременного пособия на приобретение лечебного костюма "Адели", лечебного костюма "Фаэтон", вертикализатора в семье, воспитывающей ребенка-инвалида в возрасте до 18 лет, имеет один из родителей (усыновителей, опекунов, попечителей), зарегистрированный по месту жительства в городе Ставрополе, на каждого рожденного, усыновленного, принятого под опеку (попечительство) ребенка-инвалида, на основании рекомендации индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида, выданной федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы, один раз в пять лет.

Право на выплату единовременного пособия на приобретение катетера для санации ротоглотки и дыхательных путей, трубки эндотрахеальной без манжеты в семье, воспитывающей ребенка-инвалида в возрасте до 18 лет, имеет один из родителей (усыновителей, опекунов, попечителей), зарегистрированный по месту жительства в городе Ставрополе, на каждого рожденного, усыновленного, принятого под опеку (попечительство) ребенка-инвалида, на основании рекомендации индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида, выданной федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы, один раз в год.

3. Единовременное пособие на приобретение технических средств реабилитации (далее - единовременное пособие) не выплачивается родителям (усыновителям), лишенным родительских прав, а также родителям (усыновителям), дети которых находятся на полном государственном обеспечении (за исключением детей, находящихся по социально-медицинским показаниям в стационарных учреждениях социального обслуживания населения).

4. Размер единовременного пособия составляет:

на лечебный костюм "Адели" - 20000 рублей;

на лечебный костюм "Фаэтон" - 20000 рублей;

на вертикализатор - 20000 рублей;

на катетер для санации ротоглотки и дыхательных путей - 6000 рублей;

на трубки эндотрахеальные без манжеты - 6000 рублей.

Предоставление дополнительных мер социальной поддержки семьям, воспитывающим детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, на приобретение технических средств реабилитации (далее - заявитель) носит заявительный характер.

5. Финансирование расходов на выплату единовременного пособия осуществляется за счет средств бюджета города Ставрополя.

6. Для назначения единовременного пособия заявителю необходимо представить в отраслевой (функциональный) орган администрации города Ставрополя в области социальной защиты отдельных категорий граждан (далее - уполномоченный орган) следующие документы:

[заявление](#P270) о назначении единовременного пособия по форме согласно приложению к настоящему Порядку;

паспорт или иной документ, удостоверяющий личность заявителя;

свидетельство о рождении ребенка-инвалида, или его паспорт, или иной документ, удостоверяющий личность ребенка-инвалида заявителя;

справку, подтверждающую факт установления ребенку заявителя инвалидности, выданную федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы;

индивидуальную программу реабилитации ребенка-инвалида, выданную федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы, содержащую рекомендации о необходимости обеспечения техническими средствами реабилитации;

реквизиты кредитной организации и лицевого счета или копию страницы сберегательной книжки заявителя, содержащей полные платежные реквизиты.

Для назначения единовременного пособия опекуну (попечителю) дополнительно представляется постановление органа местного самоуправления об установлении опеки (попечительства) над ребенком-инвалидом.

Указанные в настоящем пункте документы могут быть представлены представителем заявителя с одновременным представлением документов, подтверждающих его полномочия и удостоверяющих его личность.

В подтверждение получения документов заявителю или его представителю выдается расписка о получении документов с указанием их перечня и даты получения.

7. Уполномоченный орган осуществляет:

назначение единовременного пособия;

выплату единовременного пособия путем перечисления денежных средств на счет заявителя, открытый в кредитной организации;

формирование базы данных лиц, получающих единовременное пособие, в соответствии с настоящим Порядком.

8. Решение о назначении единовременного пособия принимается уполномоченным органом в пятнадцатидневный срок со дня подачи заявления о назначении единовременного пособия с представлением документов, предусмотренных [пунктом 6](#P229) настоящего Порядка.

9. Решение об отказе в назначении единовременного пособия принимается уполномоченным органом в пятнадцатидневный срок со дня подачи заявления о назначении единовременного пособия.

В назначении единовременного пособия отказывается в случае:

отсутствия у заявителя регистрации по месту жительства в городе Ставрополе;

непредставления документов, предусмотренных [пунктом 6](#P229) настоящего Порядка.

Письменный отказ направляется уполномоченным органом заявителю в трехдневный срок со дня принятия решения с указанием причины отказа и порядка его обжалования.

10. Представление недостоверных сведений и документов, предусмотренных [пунктом 6](#P229) настоящего Порядка, влечет ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

11. Сумма единовременного пособия, выплаченная заявителю вследствие его злоупотребления (представление документов с заведомо недостоверными сведениями, сокрытие данных, влияющих на право назначения единовременного пособия), возмещается заявителем уполномоченному органу в порядке, определенном законодательством Российской Федерации.

Приложение

к Порядку

предоставления дополнительных мер социальной поддержки

семьям, воспитывающим детей-инвалидов в возрасте

до 18 лет, на приобретение технических средств

реабилитации в виде единовременного пособия

Форма

В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование уполномоченного органа)

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

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

ЗАЯВЛЕНИЕ N \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

о назначении единовременного пособия семьям, воспитывающим

детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, на приобретение

технических средств реабилитации

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество заявителя полностью)

проживающий(ая) в городе Ставрополе по адресу:

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

(адрес регистрации по месту жительства заявителя с указанием индекса)

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

(адрес фактического проживания заявителя с указанием индекса)

тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

электронный адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (по желанию).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| паспорт или иной документ, удостоверяющий личность заявителя  (нужное подчеркнуть) | дата рождения |  |
| серия, номер |  |
| дата выдачи |  |
| кем выдан |  |

Прошу назначить мне единовременное пособие на приобретение технического

средства реабилитации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ребенку-инвалиду \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество ребенка-инвалида)

Для назначения единовременного пособия представляю следующие документы:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование документа | Количество экземпляров |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |

Достоверность представленных сведений подтверждаю.

Прошу перечислить причитающееся мне единовременное пособие

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

(номер счета и наименование кредитной организации)

Прошу уведомить меня о принятом решении посредством телефонной,

почтовой, электронной связи (нужное подчеркнуть).

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

(подпись заявителя или его представителя)

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

РАСПИСКА

о получении заявления о назначении единовременного пособия

семьям, воспитывающим детей-инвалидов в возрасте

до 18 лет, на приобретение технических средств

реабилитации и прилагаемых к нему документов

Заявление и прилагаемые к нему документы от гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(фамилия, имя, отчество полностью)

|  |  |
| --- | --- |
| N п/п | Перечень принятых документов |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 5. |  |

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

специалистом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(фамилия, имя, отчество полностью) (подпись)

регистрационный номер заявления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

телефон для справок \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_