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

СТАВРОПОЛЬСКАЯ ГОРОДСКАЯ ДУМА

РЕШЕНИЕ

от 27 мая 2011 г. N 68

О ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕРАХ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ ОТДЕЛЬНЫХ

КАТЕГОРИЙ ВЕТЕРАНОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ

НА РЕАБИЛИТАЦИЮ В ЦЕНТР ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

ДЛЯ ВОИНОВ-ИНТЕРНАЦИОНАЛИСТОВ ИМ. М.А. ЛИХОДЕЯ

|  |
| --- |
| Список изменяющих документов(в ред. решений Ставропольской городской Думыот 08.08.2012 N 242, от 26.08.2015 N 725) |

В соответствии с частью 5 статьи 20 Федерального закона "Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации", Уставом муниципального образования города Ставрополя Ставропольского края, рассмотрев обращение исполняющего полномочия и обязанности главы администрации города Ставрополя, Ставропольская городская Дума решила:

(в ред. решения Ставропольской городской Думы от 08.08.2012 N 242)

1. Установить дополнительные меры социальной поддержки ветеранов боевых действий, принимавших участие в боевых действиях на территории Демократической Республики Афганистан или выполнявших задачи в условиях вооруженного конфликта в Чеченской Республике и на прилегающих к ней территориях Российской Федерации, отнесенных к зоне вооруженного конфликта, направленных на реабилитацию в Центр восстановительной терапии для воинов-интернационалистов им. М.А. Лиходея, в виде единовременного пособия на частичное возмещение расходов на проезд к месту лечения и обратно в размере 5000 рублей.

(в ред. решения Ставропольской городской Думы от 08.08.2012 N 242)

2. Утвердить [Порядок](#P36) предоставления дополнительных мер социальной поддержки отдельных категорий ветеранов боевых действий, направленных на реабилитацию в Центр восстановительной терапии для воинов-интернационалистов им. М.А. Лиходея, согласно приложению.

(в ред. решения Ставропольской городской Думы от 08.08.2012 N 242)

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

Глава

города Ставрополя

Г.С.КОЛЯГИН

Приложение

к решению

Ставропольской городской Думы

от 27 мая 2011 г. N 68

ПОРЯДОК

ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕР СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ

ОТДЕЛЬНЫМ КАТЕГОРИЯМ ВЕТЕРАНОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ

НА РЕАБИЛИТАЦИЮ В ЦЕНТР ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

ДЛЯ ВОИНОВ-ИНТЕРНАЦИОНАЛИСТОВ ИМ. М.А. ЛИХОДЕЯ

|  |
| --- |
| Список изменяющих документов(в ред. решения Ставропольской городской Думыот 26.08.2015 N 725) |

1. Настоящий Порядок предоставления дополнительных мер социальной поддержки отдельным категориям ветеранов боевых действий, направленных на реабилитацию в Центр восстановительной терапии для воинов-интернационалистов им. М.А. Лиходея (далее - Порядок), устанавливает правила назначения и выплаты единовременного пособия отдельным категориям ветеранов боевых действий на частичное возмещение расходов на проезд к месту лечения и обратно (далее - единовременное пособие).

2. Право на получение единовременного пособия имеют ветераны боевых действий, принимавшие участие в боевых действиях на территории Афганистана или выполнявшие задачи в условиях вооруженного конфликта в Чеченской Республике и на прилегающих к ней территориях Российской Федерации, отнесенных к зоне вооруженного конфликта, направленные на реабилитацию в Центр восстановительной терапии для воинов-интернационалистов им. М.А. Лиходея, зарегистрированные по месту жительства в городе Ставрополе (далее - заявители).

3. Размер единовременного пособия составляет 5000 рублей и выплачивается один раз в год.

Предоставление дополнительных мер социальной поддержки отдельным категориям ветеранов боевых действий, направленных на реабилитацию в Центр восстановительной терапии для воинов-интернационалистов им. М.А. Лиходея, носит заявительный характер.

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

5. 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](#P90) о назначении единовременного пособия по форме согласно приложению к настоящему Порядку;

паспорт или иной документ, удостоверяющий личность заявителя;

документ, подтверждающий принадлежность заявителя к категории граждан, указанной в [пункте 2](#P46) настоящего Порядка;

документ, подтверждающий факт прохождения заявителем реабилитации в Центре восстановительной терапии для воинов-интернационалистов им. М.А. Лиходея;

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

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. 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.

7. Решение о назначении единовременного пособия принимается уполномоченным органом в пятнадцатидневный срок со дня подачи заявления о назначении единовременного пособия с представлением документов, предусмотренных [пунктом 5](#P50) настоящего Порядка.

8. 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 5](#P50) настоящего Порядка.

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

9. Представление недостоверных сведений и документов, предусмотренных [пунктом 5](#P50) настоящего Порядка, влечет ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

10. 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 отдельным категориям ветеранов боевых

действий, направленных на реабилитацию

в Центр восстановительной терапии

для воинов-интернационалистов

им. М.А. Лиходея

 Форма

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

 (наименование уполномоченного органа)

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

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

 о назначении единовременного пособия отдельным

 категориям ветеранов боевых действий, направленных

 на реабилитацию в Центр восстановительной терапии

 для воинов-интернационалистов им. М.А. Лиходея

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 частичное возмещение расходов на проезд к месту лечения и обратно.

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

 отдельным категориям ветеранов боевых действий, направленных

 на реабилитацию в Центр восстановительной терапии

 для воинов-интернационалистов им. М.А. Лиходея,

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