|  |
| --- |
| *Административная процедура 2.33.2.* |
| **Принятие решения о предоставлении (об отказе в предоставлении) государственной адресной социальной помощи** **в виде социального пособия для возмещения затрат на приобретение подгузников** |
| **Должность, Ф.И.О., местонахождение, номер служебного телефона работников, осуществляющих прием, подготовку к рассмотрению заявлений заинтересованных лиц**  |
| **ТОЛОЧИНСКИЙ РАЙОННЫЙ ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЙ КОМИТЕТ****Служба «одно окно»****211092, город Толочин, улица Ленина, 1****кабинет № 14, 1 этаж,****телефон 8 02136 5-13-72**инспектор отдела по работе с обращениями граждан и юридических лиц **–** **Вильчинская Елена Станиславовна** главный специалист отдела по работе с обращениями граждан и юридических лиц **Тишкова Инесса Эдуардовна**, **Время приема: понедельник, среда, четверг, пятница с 08.00 до 18.00** **вторник: с 8.00 до 20.00** **суббота: с 9.00 до 14.00** **без перерывов на обед****выходной – воскресенье** |
| **Должность, Ф.И.О., местонахождение, номер служебного телефона работников, ведущих предварительное консультирование, подготовку административных решений при осуществлении административных процедур** |
| **ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ТОЛОЧИНСКОГО РАЙОНА»**специалист по социальной работе отделения первичного приема, информации, анализа, прогнозирования и комплексной поддержки в кризисной ситуации **–** **Макаревич Марина Анатольевна**г. Толочин, ул.Энгельса, 18, кабинет № 2, тел. (8-02136) 2-27-41**Во время отсутствия Макаревич М.А. приём осуществляет**специалист по социальной работе отделения первичного приема, информации, анализа, прогнозирования и комплексной поддержки в кризисной ситуации **–****Китаева Ольга Николаевна**г. Толочин, ул.Энгельса, 18, кабинет № 2, тел. (8-02136) 2-27-41**Время приема: понедельник, среда, четверг, пятница: с 8.00 до 18.00,** **вторник: с 8.00 до 20.00, без перерывов на обед, выходной: суббота, воскресенье** *Прием граждан в понедельник, среда, четверг, пятница с 13.00 до 14.00 и с 17.00 до 18.00, во вторник с 13.00 до 14.00 и с 17.00 до 20.00 осуществляется дежурным специалистом согласно графику.*  |
| **Документы и (или) сведения, представляемые гражданином при обращении** | заявлениепаспорт или иной документ, удостоверяющий личность (в отношении детей-инвалидов в возрасте до 14 лет – паспорт или иной документ, удостоверяющий личность и (или) полномочия их законных представителей)удостоверение инвалида – для инвалидов I группыудостоверение ребенка-инвалида – для детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, имеющих IV степень утраты здоровьясвидетельство о рождении ребенка – при приобретении подгузников для ребенка-инвалидадокументы, подтверждающие расходы на приобретение подгузников, установленные в соответствии с законодательством, с обязательным указанием наименования приобретенного товара в Республике Беларусьиндивидуальная программа реабилитации инвалида или заключение врачебно-консультационной комиссии государственной организации здравоохранения о нуждаемости в подгузникахудостоверение на право представления интересов подопечного, доверенность, оформленная в порядке, установленном гражданским законодательством, документ, подтверждающий родственные отношения, - для лиц, представляющих интересы инвалидов 1 группы |
| **Документы и (или) сведения, запрашиваемые ответственным исполнителем** |  справка о месте жительства и составе семьи – для предоставления социального пособия для возмещения затрат на приобретение подгузников детям-инвалидам в возрасте до 18 лет, имеющим IV степень утраты здоровьясведения, подтверждающие, что ребенку-инвалиду до 18 лет, имеющему IV степень утраты здоровья, инвалиду I группы вследствие профессионального заболевания или трудового увечья не производилась оплата расходов на приобретение подгузников за счет средств обязательного страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеванийсведения о предоставлении (непредоставлении) социального пособия для возмещения затрат на приобретение подгузников по прежнему месту жительства заявителя – при изменении места жительства (места пребывания) заявителя**По желанию документы могут быть предоставлены гражданином самостоятельно** |
| **Размер платы, взимаемой при осуществлении административной процедуры** | Административная процедура осуществляется бесплатно |
| **Максимальный срок осуществления административной процедуры** | 5 рабочих дней со дня подачи заявления, а в случае запроса документов и (или) сведений от других государственных органов, иных организаций – 5 рабочих дней после получения последнего документа, необходимого для предоставления государственной адресной социальной помощи |
| **Срок действия справки, другого документа (решения), выдаваемых (принимаемого) при осуществлении административной процедуры** | Единовременно  |

|  |
| --- |
|      Приложение 2к постановлению Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь 13.03.2012 № 38 (в редакции постановления Министерства труда и социальной защиты  Республики Беларусь  01.08.2017 № 38)  |

 Форма

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(наименование органа по труду, занятости и

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

социальной защите)

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

 (фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется)

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

 гражданина, совершеннолетнего члена семьи,

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

 опекуна (попечителя), представителя)

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

(регистрация по месту жительства

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

 (месту пребывания)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о предоставлении государственной адресной социальной помощи**
**в виде социального пособия для возмещения затрат на приобретение**
**подгузников (впитывающих трусиков), впитывающих простыней (пеленок), урологических прокладок (вкладышей)**

1. Прошу предоставить государственную адресную социальную помощь в виде социального пособия для возмещения затрат на приобретение подгузников (впитывающих трусиков), впитывающих простыней (пеленок), урологических прокладок (вкладышей)

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

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) лица, имеющего право на получение

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

социального пособия для возмещения затрат на приобретение подгузников (впитывающих трусиков),

впитывающих простыней (пеленок), урологических прокладок (вкладышей), являющегося
ребенком-инвалидом, имеющим IV степень утраты здоровья (далее – ребенок-инвалид),
инвалидом I группы (нужное подчеркнуть)

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

(перечислить предметы гигиены (подгузники (впитывающие трусики),

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

впитывающие простыни (пеленки), урологические прокладки (вкладыши)

2. Регистрация по месту жительства (месту пребывания) ребенка-инвалида, инвалида

I группы:

наименование населенного пункта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дом № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

квартира № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Домашний телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ мобильный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Предупрежден(а):

о последствиях за сокрытие сведений (представление недостоверных сведений), с которыми связано право на предоставление государственной адресной социальной помощи и (или) от которых зависит ее размер;

о невыплате социального пособия для возмещения затрат на приобретение подгузников (впитывающих трусиков), впитывающих простыней (пеленок), урологических прокладок (вкладышей) при наступлении до его выплаты обстоятельств, влекущих утрату гражданином права на такое пособие;

о невыплате членам семьи (опекуну (попечителю), представителю) социального пособия для возмещения затрат на приобретение подгузников (впитывающих трусиков), впитывающих простыней (пеленок), урологических прокладок (вкладышей) в случае смерти гражданина, имевшего право на такое пособие.

Прилагаю документы на \_\_\_\_ л.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. |   | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|   |   | (подпись заявителя) |

Документы приняты \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

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

(подпись специалиста, принявшего документы)

Регистрационный номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»;

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ОБРАЗЕЦ ЗАПОЛНЕНИЯ**Приложение 2к постановлению Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь 13.03.2012 № 38 (в редакции постановления Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь 01.08.2017 № 38)  |

Форма

 **\_Толочинский районный исполнительный комитет\_\_\_**

(наименование органа по труду, занятости и

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

социальной защите)

 \_\_\_**Иванова Ирина Ивановна**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется)

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

 гражданина, совершеннолетнего члена семьи,

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

опекуна (попечителя), представителя)

 \_\_\_**г.Толочин, ул.Ленина, д.20, кв.10**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(регистрация по месту жительства

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

 (месту пребывания)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о предоставлении государственной адресной социальной помощи**
**в виде социального пособия для возмещения затрат на приобретение**
**подгузников (впитывающих трусиков), впитывающих простыней (пеленок), урологических прокладок (вкладышей)**

1. Прошу предоставить государственную адресную социальную помощь в виде социального пособия для возмещения затрат на приобретение подгузников (впитывающих трусиков), впитывающих простыней (пеленок), урологических прокладок (вкладышей)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Иванову Петру Петровичу**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) лица, имеющего право на получение

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

социального пособия для возмещения затрат на приобретение подгузников (впитывающих трусиков),

впитывающих простыней (пеленок), урологических прокладок (вкладышей), являющегося
ребенком-инвалидом, имеющим IV степень утраты здоровья (далее – ребенок-инвалид),
**инвалидом I группы** (нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_**подгузники, впитывающие трусики, впитывающие простыни**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(перечислить предметы гигиены (подгузники (впитывающие трусики),

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

впитывающие простыни (пеленки), урологические прокладки (вкладыши)

2. Регистрация по месту жительства (месту пребывания) ребенка-инвалида, инвалида I группы:

наименование населенного пункта \_\_**г.Толочин**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

улица \_\_\_\_**Ленина\_** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дом № \_\_\_\_\_**20**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

квартира № \_\_**10**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Домашний телефон \_\_\_**5-00-00**\_\_\_\_\_\_\_\_ мобильный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Предупрежден(а):

о последствиях за сокрытие сведений (представление недостоверных сведений), с которыми связано право на предоставление государственной адресной социальной помощи и (или) от которых зависит ее размер;

о невыплате социального пособия для возмещения затрат на приобретение подгузников (впитывающих трусиков), впитывающих простыней (пеленок), урологических прокладок (вкладышей) при наступлении до его выплаты обстоятельств, влекущих утрату гражданином права на такое пособие;

о невыплате членам семьи (опекуну (попечителю), представителю) социального пособия для возмещения затрат на приобретение подгузников (впитывающих трусиков), впитывающих простыней (пеленок), урологических прокладок (вкладышей) в случае смерти гражданина, имевшего право на такое пособие.

Прилагаю документы на \_**7**\_\_ л.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_**10**\_\_**августа**\_\_ 2020 г. |   | \_\_\_\_\_**Иванова**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|   |   | (подпись заявителя) |

Документы приняты \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

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

(подпись специалиста, принявшего документы)

Регистрационный номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_