|  |  |
| --- | --- |
| *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** | заявление  паспорт 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 группы  удостоверение ребенка-инвалида – для детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, имеющих IV степень утраты здоровья  свидетельство о рождении ребенка – при приобретении подгузников для ребенка-инвалида  документы, подтверждающие расходы на приобретение подгузников, установленные в соответствии с законодательством, с обязательным указанием наименования приобретенного товара в Республике Беларусь  индивидуальная программа реабилитации инвалида или заключение врачебно-консультационной комиссии государственной организации здравоохранения о нуждаемости в подгузниках  удостоверение 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 здоровья  сведения, 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 заболеваний  сведения 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 2  к 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 2  к 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_