**2.33.  Принятие решения о предоставлении (об отказе в предоставлении) государственной адресной социальной помощи в виде:**

**2.33.2 социального пособия для возмещения затрат на приобретение подгузников пособия для возмещение затрат на приобретение подгузников**

***Процедуру осуществляет: Махнач Татьяна Казимировна****, специалист по социальной работе отделения срочного социального обеспечения ГУ « Воложинский территориальный центр социального обслуживания населения» ( г.Воложин , пл.Свободы, 2, райисполком, 2-ой этаж, каб. №222, тел. 60505),*

***график приема****: понедельник – пятница* ***8.00 – 17.00,*** *перерыв:* ***13.00 - 14.00****,*

*выходной – суббота, воскресенье.*

*В случае временного отсутствия Махнач Т.К. ее функции выполняет Воловикова Алла Михайловна, специалист по социальной работе отделения срочного социального обеспечения ГУ « Воложинский территориальный центр социального обслуживания населения» ( г.Воложин , пл.Свободы, 2, райисполком, 2-ой этаж, каб. №222, тел. 60505),*

***Документы и (или) сведения, представляемые гражданином для осуществления административной процедуры****:*

- 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 детей-инвалидов в возрасте до 18 лет;

- удостоверение ребенка-инвалида – для инвалидов I группы, имеющих 4 степень утраты здоровья.

- свидетельство о рождении ребенка – при приобретении подгузников для ребенка-инвалида;

-документы подтверждающие расходы на приобретение подгузников,

- индивидуальная программа реабилитации инвалида или заключение врачебно-консультационной комиссии государственной организации здравоохранения о нуждаемости в подгузниках

- удостоверение на право предоставления интересов подопечного, доверенность, оформленная в порядке, установленном гражданским законодательством, документ. Подтверждающий родственные отношения, - для лиц. Представляющих интересы инвалида 1 группы.

***Документы и (или) сведения, запрашиваемые государственным органом для осуществления административной процедуры:***

- справки о месте жительства и составе семьи – для предоставления социального пособия для возмещения затрат на приобретение подгузников детям-инвалидам в возрасте до 18 лет, имеющим 4 степень утраты здоровья;

- сведения подтверждающие, что ребенку-инвалиду до 18 лет, имеющему 4 степень утраты здоровья, инвалиду 1 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 заболеваний4

- сведения о предоставлении (не предоставлении) социального пособия для возмещения затрат на приобретение подгузников по прежнему месту жительства заявителя – при изменении места жительства (пребывания) заявителя.

*Данные документы и (или) сведения заявитель имеет право предоставить самостоятельно.*

***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 днейпосле получения последнего документа, необходимого для предоставления государственной адресной социальной помощи.*

***Размер платы, взимаемой при осуществлении административной процедуры:***

*- бесплатно.*

***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 N 38

Форма

В управление по труду,

занятости и социальной защите

Воложинского райисполкома

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

(фамилия, собственное имя, отчество

(если таковое имеется) заявителя)

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

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

(документ, удостоверяющий личность

заявителя)

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

(серия (при наличии), номер, кем выдан,

дата выдачи)

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

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении государственной адресной социальной помощи

в виде социального пособия для возмещения затрат

на приобретение подгузников

Прошу назначить мне (моему ребенку) государственную адресную

социальную помощь в виде социального пособия для возмещения затрат на

приобретение подгузников.

1. Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Собственное имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отчество (если таковое имеется) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(заявителя)

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

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

ребенка-инвалида) [<\*>](consultantplus://offline/ref=0E0E1FF887BBE0DAC03299A969C278630BA760F44340287810E5F3A4CB569C5CACD834D6F0C0822CB9D438BB95O5U7H)

2. Регистрация по месту жительства (месту пребывания) заявителя:

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

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

дом N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

квартира N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Место фактического проживания заявителя:

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

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

дом N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

квартира N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Регистрация по месту жительства (месту пребывания)

ребенка-инвалида:

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

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

дом N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

квартира N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Место фактического проживания ребенка-инвалида:

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

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

дом N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

квартира N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Домашний телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ мобильный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прилагаю документы на \_\_\_\_ л.

Предупрежден(а):

об ответственности за сокрытие или представление недостоверных

сведений о нуждаемости в подгузниках, а также о возмещении затрат на

приобретение подгузников за счет средств обязательного страхования от

несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний;

о прекращении выплаты государственной адресной социальной помощи в

виде социального пособия для возмещения затрат на приобретение подгузников

при наступлении до выплаты данного социального пособия обстоятельств,

влекущих утрату заявителем права на такое пособие;

о необходимости возврата сумм государственной адресной социальной

помощи в виде социального пособия для возмещения затрат на приобретение

подгузников при наступлении до выплаты данного социального пособия

обстоятельств, влекущих утрату заявителем права на такое пособие, и

судебном порядке взыскания выплаченных (излишне выплаченных) сумм в случае

отказа от их возврата.

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

(подпись заявителя)

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

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

(подпись специалиста, принявшего документы)

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

--------------------------------

<\*> Заполняется в случае предоставления государственной адресной

социальной помощи в виде социального пособия для возмещения затрат на

приобретение подгузников ребенку-инвалиду в возрасте до 18 лет, имеющему IV

степень утраты здоровья.