

**В территориальный орган
социальной защиты населения**

**ЗАЯВЛЕНИЕ № _____
на предоставление государственной услуги**

Я, _____
дата рождения _____
место жительства _____
гражданство _____
документ, удостоверяющий личность _____
серия _____ № _____ когда и кем выдан _____

номер телефона _____ СНИЛС _____

**Заполняется в случае подачи заявления и документов законным представителем или
доверенным лицом**

как законный представитель, доверенное лицо гражданина _____
(нужное подчеркнуть)

дата рождения _____ гражданство _____

место жительства _____

место пребывания _____
(заполняется в случае наличия регистрации по месту пребывания)

документ, удостоверяющий личность _____

серия _____ № _____ когда и кем выдан _____

номер телефона _____ СНИЛС _____, от имени указанного
гражданина:

**прошу в соответствии с Федеральным законом от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об
иммунопрофилактике инфекционных болезней» назначить: государственное
единовременное пособие, ежемесячную денежную компенсацию в связи с
возникновением поствакцинального осложнения** (нужное подчеркнуть)

по категории:

лицо, у которого установлено наличие поствакцинального осложнения _____ да/нет

член семьи гражданина, умершего вследствие поствакцинального осложнения _____ да/нет

(линия отреза)

Штамп (реквизиты ТО СЗН)

Расписка о приеме документов

Заявление и документы на предоставление государственной услуги гр. _____
поступившие _____

(от заявителя лично, в электронном виде, посредством почтовой связи)

Принял специалист: _____

(ФИО, должность)

телефон _____

Дата приема заявления и документов	Порядковый номер записи в Журнале регистрации заявлений граждан	Дата получения результата предоставления государственной услуги	Подпись специалиста

2. Представляю документы согласно приложению к заявлению

№ 1

3. Прошу денежные средства перечислять: _____

(указать наименование кредитной организации и номер счета или номер почтового отделения)

4. Уведомление о принятом решении прошу _____

(выдать на руки, направить почтовым отправлением, по электронной почте)

5. Уведомлен, что за сообщение умышленно ложных сведений или предъявление заведомо фальшивых документов, послуживших основанием для принятия решения о предоставлении мне государственной услуги, я несу ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации. Со статьей 159.2 "Мошенничество при получении выплат" Уголовного кодекса Российской Федерации ознакомлен

6. Даю согласие территориальному органу социальной защиты населения, филиалу областного государственного казенного учреждения «Центр по обеспечению деятельности территориальных органов социальной защиты населения» на обработку моих персональных данных, персональных данных моего ребенка, персональных данных подопечного (*нужное подчеркнуть*), в том числе сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу в Департамент социальной защиты населения Ивановской области), обезличивание, блокирование, уничтожение и любые другие действия (операции) с персональными данными с целью предоставления государственного единовременного пособия и (или) ежемесячной денежной компенсации.

Персональные данные, в отношении которых дается настоящее согласие, включают данные, указанные в заявлении и представленных документах.

Согласие действует с момента подачи настоящего заявления до моего письменного отзыва данного согласия.

7. Уведомлен о том, что в целях реализации права на получение ежемесячной денежной компенсации сведения обо мне, о моем ребенке, о подопечном (*нужное подчеркнуть*), будут передаваться Департаменту социальной защиты населения Ивановской области, Министерству труда и социальной защиты РФ, Министерству финансов Российской Федерации.

" ____ " _____ 20 ____ года

(подпись заявителя)

Данные, указанные в заявлении, соответствуют документу, удостоверяющему личность	Подпись специалиста
Расписка о приеме документов получена	Подпись заявителя
Расписка о приеме документов направлена в электронном виде, посредством почтовой связи (<i>нужное подчеркнуть</i>) « ____ » _____ 20 ____ г. исх. № _____	Подпись специалиста

Получатель выплаты при возникновении обстоятельств, влекущих прекращение права на получение ежемесячной денежной компенсации: выезд на постоянное место жительства за пределы Ивановской области, окончание срока, на который установлена инвалидность вследствие поствакцинального осложнения, снятие группы инвалидности **обязан в течение 10 дней сообщить** о них в орган социальной защиты населения по месту жительства.

" ____ " _____ 20 ____ года

(подпись заявителя)

Перечень документов, необходимых для предоставления государственной услуги

Перечень документов, необходимых для назначения государственного единовременного пособия и (или) ежемесячной денежной компенсации	Количество документов (шт.)
Перечень документов, обязанность по представлению которых возложена на заявителя	
1. Документ, удостоверяющий личность заявителя	
2. В случае если обращается представитель заявителя:	доверенность на представителя заявителя
	документ, удостоверяющий личность представителя заявителя
3. Документы, подтверждающие факт поствакцинального осложнения:	заключение об установлении факта поствакцинального осложнения
	справка об инвалидности
	свидетельство о смерти
4. Документ(ы), подтверждающи(й)е родственные отношения с умершим получателем вследствие поствакцинального осложнения	
5. Письменное согласие всех совершеннолетних членов семьи гражданина, умершего вследствие поствакцинального осложнения	

" ____ " _____ 20 ____ года

_____ (подпись заявителя)

Полный комплект документов, необходимых для принятия решения о назначении государственного единовременного пособия и (или) ежемесячной денежной компенсации сформирован:

" ____ " _____ 20 ____ года

_____ (подпись специалиста)

(линия отреза)

Напоминаем, что при возникновении обстоятельств, влекущих прекращение права на получение ежемесячной денежной компенсации: выезд на постоянное место жительства за пределы Ивановской области, окончание срока, на который установлена инвалидность вследствие поствакцинального осложнения, снятие группы инвалидности **обязан в течение 10 дней сообщить** о них в орган социальной защиты населения по месту жительства.

" ____ " _____ 20 ____ года

_____ (подпись заявителя)

Приложение 2 к заявлению
на предоставление государственной услуги

Перечень документов (сведений), подлежащих межведомственному запросу в случае, если они не будут представлены заявителем самостоятельно	Количество документов (шт.)	Дата получения документа (информации) органом, ведущим прием документов
Для заявителей, получавших компенсационные выплаты, переехавших в Ивановскую область из других субъектов Российской Федерации, а также заявителей, получавших компенсационные выплаты, сменивших место жительства в пределах Ивановской области	информация территориального органа социальной защиты населения по прежнему месту жительства о неназначении (прекращении) компенсационных выплат	

« ____ » _____ 20 ____ года

(подпись заявителя)

Полный комплект документов, необходимых для принятия решения о назначении компенсационных выплат сформирован:

" ____ " _____ 20 ____ года

(подпись специалиста)

(линия отреза)

Напоминаем, что при возникновении обстоятельств, влекущих прекращение права на получение ежемесячной денежной компенсации: выезд на постоянное место жительства за пределы Ивановской области, окончание срока, на который установлена инвалидность вследствие поствакцинального осложнения, снятие группы инвалидности **обязан в течение 10 дней сообщить о них в орган социальной защиты населения по месту жительства.**

" ____ " _____ 20 ____ года

(подпись заявителя)

Журнал регистрации заявлений граждан

(наименование органа, учреждения, ведущего прием граждан)

№ п/п	Дата поступления заявления	Ф.И.О. заявителя/представителя заявителя	Дата рождения заявителя	Категория, к которой относится заявитель, по которой он обратился за получением государственной услуги	Адрес заявителя (место жительства, контактный телефон)	Вид государственной услуги, за которой обращается заявитель	Дата принятия решения	Информация о принятом решении (о предоставлении и либо отказе в предоставлении и государственной услуги)	Срок предоставления государственной услуги («с» и «по» для ежемесячной компенсационной выплаты либо одновременно для других компенсационных выплат)	Номер личного дела.	Ф.И.О. должностного лица, подпись
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Журнал запрошенных консультаций

(наименование органа, учреждения, ведущего прием граждан)

№ п/п	Дата обращения	Ф.И.О. заявителя/представителя заявителя	Адрес	Контактный телефон	Содержание обращения	Ответ должен быть дан по телефону / в письменном виде/	Ф.И.О. должностного лица, давшего ответ	Дата представления ответа*
1	2	3	4	5	6	7	8	9

*При желании заявителя получить консультацию по телефону, консультирование осуществляется не позднее дня, следующего за днем обращения за консультацией. При желании заявителя получить консультацию в письменном виде, консультирование осуществляется письменно в течение 5 рабочих дней со дня обращения за консультацией.

Приложение 4
к Административному регламенту

Журнал регистрации обращений граждан

(наименование органа, учреждения, ведущего прием граждан)

№ п/п	Дата обращения	Ф.И.О. заявителя/представителя заявителя	Адрес	Содержание обращения	Результат	Требует ли обращение письменного ответа	Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8

Приложение 5
к Административному регламенту

Журнал предварительной записи граждан

(наименование органа, учреждения, ведущего прием граждан)

№ п/п	Дата обращения	Ф.И.О. заявителя/представителя заявителя	Адрес	Назначаемая дата приема	Время приема	Номер кабинета	Причина обращения
1	2	3	4	5	6	7	8

(наименование органа)**РЕШЕНИЕ от _____ № _____
о назначении государственного единовременного пособия**

В соответствии с Федеральным законом от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»:

Гражданину _____
(фамилия, имя, отчество получателя)

номер карточки учёта _____

зарегистрированному по адресу: _____

назначить государственное единовременное пособие _____
(указать наименование категории)С _____
в размере _____ руб.Направление выплаты _____
(наименование кредитной организации, банковский счёт получателя)М.П. _____
Руководитель территориального органа
социальной защиты населения или лицо,
уполномоченное на принятие решений _____Решение подготовил _____ / _____ / _____
(подпись) (ФИО) (должность)Решение проверил _____ / _____ / _____
(подпись) (ФИО) (должность)

(наименование органа)**РЕШЕНИЕ от _____ № _____
о назначении ежемесячной денежной компенсации**

В соответствии с Федеральным законом от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» и постановлением Правительства РФ от 27.12.2000 №1013 "О Порядке выплаты государственных единовременных пособий и ежемесячных денежных компенсаций гражданам при возникновении у них поствакцинальных осложнений":

Гражданину _____

(фамилия, имя, отчество получателя)

номер карточки учёта _____

зарегистрированному по адресу: _____

назначить ежемесячную денежную компенсацию

с _____

по _____

в размере _____ руб.

Направление выплаты _____

(наименование кредитной организации, банковский счёт получателя)

М.П. _____
Руководитель территориального органа
социальной защиты населения или лицо,
уполномоченное на принятие решений _____

Решение подготовил _____ / _____ / _____ /
(подпись) (ФИО) (должность)

Решение проверил _____ / _____ / _____ /
(подпись) (ФИО) (должность)

 (наименование органа)

**РЕШЕНИЕ от _____ № _____
об отказе в назначении государственного единовременного пособия и
(или) ежемесячной денежной компенсации**

В соответствии с Федеральным законом от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» и постановлением Правительства РФ от 27.12.2000 №1013 «О Порядке выплаты государственных единовременных пособий и ежемесячных денежных компенсаций гражданам при возникновении у них поствакцинальных осложнений»

Гражданину _____
(фамилия, имя, отчество получателя)

зарегистрированному по адресу: _____

отказать в назначении государственного единовременного пособия и (или) ежемесячной денежной компенсации на основании _____
(указать статью и наименование нормативного правового акта)

по следующим причинам: _____
(указать причины)

М.П. _____
Руководитель территориального органа
социальной защиты населения или лицо,
уполномоченное на принятие решений _____

Решение подготовил _____ / _____ / _____ /
(подпись) (ФИО) (должность)

Решение проверил _____ / _____ / _____ /
(подпись) (ФИО) (должность)

(линия отреза)

Штамп (реквизиты ТО СЗН)

Уведомление о принятом решении

(Ф.И.О.)

(Адрес)

На основании Вашего заявления и представленных документов в соответствии с постановлением Правительства РФ от 27.12.2000 № 1013 "О Порядке выплаты государственных единовременных пособий и ежемесячных денежных компенсаций гражданам при возникновении у них поствакцинальных осложнений" **принято решение об отказе в назначении Вам государственного единовременного пособия и (или) ежемесячной денежной компенсации в связи** _____

Информируем: _____ (указать причины)

Решение может быть обжаловано в досудебном (внесудебном) и судебном порядке.

Телефон руководителя территориального органа социальной защиты населения _____

Дополнительная информация о мерах социальной поддержки размещена на Портале государственных и муниципальных услуг - pgu.ivanovoobl.ru и на сайте Департамента социальной защиты населения Ивановской области – szn.ivanovoobl.ru.

Телефон бесплатной горячей линии Департамента социальной защиты населения Ивановской области: 8-800-100-16-60.

**Руководитель территориального органа
социальной защиты населения или лицо,
уполномоченное на принятие решений** _____ / _____ / _____

(наименование органа)**РЕШЕНИЕ от _____ № _____
об изменении размера ежемесячной денежной компенсации
в связи с ежегодной индексацией**

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» и _____

(указать федеральный закон о федеральном бюджете на соответствующий финансовый год и плановый период, в котором указан прогнозируемый уровень инфляции)Гражданину _____
(фамилия, имя, отчество получателя)номер карточки учёта _____
зарегистрированному по адресу: __________
(указать наименование компенсационной выплаты)

Предоставлять с учетом прогнозируемого уровня инфляции _____ (%)

с 01.01.20 _____
по _____

в размере _____ руб.

Направление выплаты _____
(банковский счёт получателя, кредитная организация)М.П. _____
Руководитель территориального органа
социальной защиты населения или лицо,
уполномоченное на принятие решений _____Решение подготовил _____ / _____ / _____ /
(подпись) (ФИО) (должность)Решение проверил _____ / _____ / _____ /
(подпись) (ФИО) (должность)

Приложение 11
к Административному регламенту

В территориальный орган
социальной защиты населения

ЗАЯВЛЕНИЕ
на изменение выплатных реквизитов

Я, _____
дата рождения _____
место жительства _____
документ, удостоверяющий личность _____
серия _____ № _____ когда и кем выдан _____
номер телефона _____

Прошу ежемесячную денежную компенсацию перечислять _____

(указать наименование кредитной организации и номер счета)

" ____ " _____ 20 ____ года

_____ (подпись заявителя)

Данные, указанные в заявлении, соответствуют документу, удостоверяющему личность	Подпись специалиста
Расписка о приеме документов получена	Подпись заявителя
Расписка о приеме документов направлена в электронном виде, посредством почтовой связи (нужное подчеркнуть) « ____ » _____ 20 ____ г. исх. № _____	Подпись специалиста

(линия отреза)

Штамп (реквизиты ТО СЗН)

Расписка о приеме документов

Заявление на изменение выплатных реквизитов на предоставление ежемесячной денежной компенсации гр. _____
поступившие _____

(от заявителя лично, в электронном виде, посредством почтовой связи)

Принял специалист: _____ (ФИО, должность)		
телефон _____		
Дата приема заявления и документов	Порядковый номер записи в Журнале регистрации заявлений граждан	Подпись специалиста

Штамп (реквизиты ТО СЗН)

№ _____ от _____

(Ф.И.О. получателя)_____
(адрес)**УВЕДОМЛЕНИЕ**
о взыскании сумм излишне выплаченных получателю**Уважаемый(ая)**_____
(имя, отчество заявителя указываются полностью)

В соответствии с _____

(указать ссылку на нормативный правовой акт)

В СВЯЗИ С _____

(указать события, повлекшие утрату права на выплату)

сумма излишне выплаченных Вам государственного единовременного пособия и (или) ежемесячной денежной компенсации за период с _____ 20__ года по _____ 20__ года подлежит возврату в доход бюджета.

Предлагаем Вам добровольно возвратить денежные средства в сумме _____ руб. (_____)

(сумма прописью)

по указанным ниже реквизитам в течение месяца с момента получения данного уведомления и предоставить квитанции об оплате по адресу: _____ ул. _____, дом _____, каб. _____

Реквизиты для перечисления:

Наименование получателя платежа: _____
(ФКУ _____ л/сч _____)

ИНН _____ КПП _____

номер счета получателя платежа (р/сч): _____

Наименование банка: ГРКЦ ГУ Банка России по Ив.обл.

БИК _____

Возврат денежных средств на л/с _____, ТС: _____

В случае отказа от добровольного возврата указанной суммы

(наименование территориального органа социальной защиты населения)

будет производить взыскание в судебном порядке.

Разъяснения по форме и сроку оплаты Вы можете получить по вышеуказанному адресу или по телефону _____

Начальник территориального органа
социальной защиты населения _____ / _____ /

Реестр
удержаний излишне выплаченных сумм
государственного единовременного пособия и (или) ежемесячной денежной
компенсации гражданам, у которых установлено наличие поствакцинального
осложнения, членам семьи гражданина в случае его смерти, наступившей
вследствие поствакцинального осложнения
в отделе (управлении) социальной защиты населения _____
на 20 __ год
(возможно ведение в электронном виде)

№ п / п	Ф.И.О получателя	Адрес получателя	Категори я получате ля	Размер предоста вляемой выплаты	Дата и номер решения об удержании	За какое время выявлена переплат а (с ____ по ____)	Сумма переплаты подлежащая взысканию	Размер удержан ия % и месячная сумма к удержан ию	Сумма не взысканной переплаты на начало года	Отметки об удержанных и поступивших в погашение переплат суммах					
										январь		февраль		март и т.д.*	
										удержан о при выплате	поступлени е на счет казначейств а	удержан о при выплате	поступле ние на счет казначей ства		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16