



Департамент
социальной защиты населения
Ивановской области
ЗАРЕГИСТРИРОВАНО
«18» июня 2024
Регистрационный № 24/1000/24

ДЕПАРТАМЕНТ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

153012, Иваново, пер. Свободный, 4. тел. 41-05-57, тел./факс 30-40-97, e-mail: dszn@ivreg.ru, сайт: <http://szn.ivanovoobl.ru>

ПРИКАЗ

от 18.06.2024 № 42
г. Иваново

О внесении изменений в приказ Департамента социальной защиты населения Ивановской области от 12.02.2020 № 13 «Об утверждении форм документов, необходимых при назначении государственной социальной помощи на основании социального контракта» и признании утратившими силу некоторых приказов Департамента социальной защиты населения Ивановской области

В соответствии с постановлением Правительства Ивановской области от 19.02.2023 № 51-п «Об условиях и порядке оказания государственной социальной помощи на основании социального контракта в Ивановской области» **п р и к а з ы в а ю:**

1. Внести в приказ Департамента социальной защиты населения Ивановской области от 12.02.2020 № 13 «Об утверждении форм документов, необходимых при назначении государственной социальной помощи на основании социального контракта» следующие изменения:

1.1. В преамбуле приказа слова «от 22.01.2020 № 12-п «Об оказании государственной социальной помощи, в том числе на основании социального контракта» заменить словами «от 19.02.2024 № 51-п «Об условиях и порядке оказания государственной социальной помощи на основании социального контракта в Ивановской области»».

1.2. В пункте 1 приказа:

1.2.1. Подпункт 1.1 признать утратившим силу.

1.2.2. Подпункт 1.7 изложить в следующей редакции:

«1.7. Форму заключения об оценке выполнения мероприятий программы социальной адаптации или о целесообразности продления срока действия социального контракта (приложение 7).».

1.2.3. Дополнить подпунктом 1.9 следующего содержания:

«1.9. Форму заявления о внесении изменений в социальный контракт и (или) программу социальной адаптации (приложение 9).».

1.3. В приложении 5 к приказу столбец 3 таблицы исключить.

1.4. Наименование приложения 7 к приказу изложить в следующей редакции:

«Заключение об оценке выполнения мероприятий программы социальной адаптации или о целесообразности продления срока действия социального контракта».

1.5. Дополнить приложением 9 к приказу согласно приложению к настоящему приказу.

2. Признать утратившими силу:

приказ Департамента социальной защиты населения Ивановской области от 09.11.2022 № 75 «Об утверждении примерного Перечня товаров первой необходимости, товаров для удовлетворения потребности граждан в товарах и услугах дошкольного и школьного образования»;

приказ Департамента социальной защиты населения Ивановской области от 18.08.2023 № 68 «О внесении изменений в приказ Департамента социальной защиты населения Ивановской области от 09.11.2022 № 75 «Об утверждении примерного Перечня товаров первой необходимости, товаров для удовлетворения потребности граждан в товарах и услугах дошкольного и школьного образования».

3. Правовому управлению Департамента социальной защиты населения Ивановской области обеспечить направление настоящего приказа:

на официальное опубликование в установленном порядке;

в Управление Министерства юстиции Российской Федерации по Ивановской области для включения в федеральный регистр нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации и проведения юридической экспертизы.

**Исполняющий обязанности
директора Департамента
социальной защиты населения
Ивановской области**



Л.А. Епринцева

Приложение
к приказу Департамента социальной
защиты населения
Ивановской области
от 18.06.2024 № 42

Приложение 9
к приказу
Департамента
социальной защиты населения
Ивановской области
от 12.02.2020 № 13

Руководителю территориального управления
социальной защиты населения

по _____

от гр. _____

адрес регистрации _____

адрес фактического проживания _____

паспортные данные _____
(дата выдачи, кем выдан, серия, номер)

телефон _____

Заявление о внесении изменений в социальный контракт
и (или) программу социальной адаптации

Прошу внести следующие изменения в социальный контракт и (или)
программу социальной адаптации: _____

Причина _____

Дата « ____ » _____ 20__ г.

(подпись заявителя)