ПРАВИТЕЛЬСТВО ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

От 14.03.2022 № 296

г. Вологда

О внесении изменений в постановление Правительства области от 8 февраля 2016 года № 101

Правительство области **ПОСТАНОВЛЯЕТ:**

1. Внести в Порядок назначения и выплаты ежемесячного социального пособия лицам с хронической почечной недостаточностью, получающим лечение методом диализа, утвержденный постановлением Правительства области от 8 февраля 2016 года № 101, следующие изменения:

подпункт 2 пункта 4 изложить в следующей редакции:

«2) письменное согласие на обработку персональных данных, оформленное по образцу согласно приложению 3 к настоящему Порядку.»;

пункт 5 дополнить подпунктом 3 следующего содержания:

«; 3) письменное согласие заявителя на предоставление медицинской организацией сведений о проведении в отношении заявителя лечения методом диализа – в случае если не представлена справка медицинской организации по месту жительства заявителя или по месту проведения диализной терапии о проведении в отношении заявителя лечения методом диализа»;

пункт 6 дополнить подпунктом «в» следующего содержания:

«; в) справку медицинской организации по месту жительства заявителя или по месту проведения диализной терапии о проведении в отношении заявителя лечения методом диализа»;

приложение 1 к Порядку изложить в новой редакции согласно приложению 1 к настоящему постановлению;

приложение 2 к Порядку изложить в новой редакции согласно приложению 2 к настоящему постановлению;

дополнить Порядок приложением 3 согласно приложению 3 к настоящему постановлению.

2. Настоящее постановление вступает в силу по истечении десяти дней после дня его официального опубликования.

По поручению Губернатора области
первый заместитель
Губернатора области,
председатель Правительства области **А.В. Кольцов**

Приложение 1
к постановлению
Правительства области
от 14.03.2022 № 296

«Приложение 1
к Порядку

Образец

В КУ ВО «Центр социальных выплат»

ЗАЯВЛЕНИЕ
О НАЗНАЧЕНИИ ЕЖЕМЕСЯЧНОГО СОЦИАЛЬНОГО ПОСОБИЯ

Я,_____,
(фамилия, имя, отчество),

проживающая(ий) по адресу:_____
(указывается адрес фактического проживания)
_____ ,
(дата рождения _____, документ, удостоверяющий личность _____
_____
_____),
(документ, серия, №, дата выдачи, кем выдан)
прошу назначить мне ежемесячное социальное пособие в соответствии с законом области от 26 сентября 2008 года № 1833-ОЗ «О ежемесячном социальном пособии лицам с хронической почечной недостаточностью, получающим лечение методом диализа».

1. Сообщаю:

сведения о регистрации по месту жительства_____
_____,
(указываются на основании записи в паспорте)

сведения о регистрации по месту пребывания: _____
_____,
(указываются на основании документа, подтверждающего регистрацию по месту пребывания)

контактный телефон:_____.

2. Для направления межведомственных запросов о предоставлении сведений, необходимых для назначения ежемесячного социального пособия, сообщаю следующие данные:

Перечень данных	Данные
Если не представлена справка медицинской организации по месту жительства заявителя или по месту проведения диализной терапии о проведении в отношении заявителя лечения методом диализа	

Наименование и юридический адрес медицинской организации по месту жительства заявителя или по месту проведения в отношении заявителя диализной терапии	
Согласен на предоставление информации медицинской организацией по месту жительства заявителя или по месту проведения в отношении заявителя диализной терапии	_____ (подпись заявителя)

3. Выплату прошу производить через:

1) отделение почтовой связи

_____;

(индекс)

2) кредитную организацию_____

_____.

(№ счета и наименование кредитной организации)

4. Подтверждаю, что мне разъяснено об обязанности извещать в срок не позднее 5 дней КУ ВО «Центр социальных выплат» об обстоятельствах, влекущих прекращение выплаты ежемесячного социального пособия.

«__»_____ 20__ г. _____

(подпись заявителя)

«__»_____ 20__ г. № __ _____

(дата и номер регистрации заявления) (подпись специалиста)»

Приложение 2
к постановлению
Правительства области
от 14.03.2022 № 296

«Приложение 2
к Порядку

Образец

В КУ ВО «Центр социальных выплат»

_____
(фамилия, имя, отчество, паспортные данные)

_____
(реквизиты документа, подтверждающего

_____
полномочия представителя заявителя)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о назначении ежемесячного социального пособия

Прошу назначить _____,
(фамилия, имя, отчество гражданина-доверителя)
проживающему(ей) по адресу:
_____,
(указывается адрес фактического проживания)
сведения о регистрации по месту жительства:
_____
_____,
(указываются на основании записи в паспорте)
(дата рождения гражданина-доверителя _____,
документ, удостоверяющий личность гражданина-доверителя_____
_____),
(документ, серия, №, дата выдачи, кем выдан)
ежемесячное социальное пособие в соответствии с законом области от 26 сентября 2008 года № 1833-ОЗ «О ежемесячном социальном пособии лицам с хронической почечной недостаточностью, получающим лечение методом диализа».

1. Сообщаю:
сведения о регистрации по месту жительства гражданина-доверителя:____
_____,
(указываются на основании записи в паспорте)
сведения о регистрации по месту пребывания гражданина-доверителя: __
_____,
(указываются на основании документа, подтверждающего регистрацию по месту пребывания)

контактный телефон:_____.

2. Для направления межведомственных запросов о предоставлении сведений, необходимых для назначения ежемесячного социального пособия, сообщаю следующие данные:

Перечень данных	Данные
Если не представлена справка медицинской организации по месту жительства заявителя или по месту проведения диализной терапии о проведении в отношении заявителя лечения методом диализа	
Наименование и юридический адрес медицинской организации по месту жительства заявителя или по месту проведения в отношении заявителя диализной терапии	

3. Выплату прошу производить через:

1) отделение почтовой связи

_____;

(индекс)

2) кредитную организацию_____

_____.

(№ счета и наименование кредитной организации)

4. Подтверждаю, что мне разъяснено об обязанности получателя ежемесячного социального пособия извещать в срок не позднее 5 дней КУ ВО «Центр социальных выплат» об обстоятельствах, влекущих прекращение выплаты ежемесячного социального пособия.

«__»_____ 20__ г. _____

(подпись представителя заявителя)

«__»_____ 20__ г. № __ _____

(дата и номер регистрации заявления) (подпись специалиста)»

Приложение 3
к постановлению
Правительства области
от 14.03.2022 № 296

«Приложение 3
к Порядку

Образец

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)
проживающая(ий) по адресу: _____
_____,
паспорт _____, выданный _____
(серия, номер) (дата выдачи)
_____,
(место выдачи паспорта)
даю согласие операторам персональных данных:
_____
(КУ ВО «Центр социальных выплат» и (или) наименование многофункционального центра предоставления государственных и муниципальных услуг)
на обработку моих персональных данных, касающихся сведений о получении мною лечения методом диализа, в целях назначения ежемесячного социального пособия лицам с хронической почечной недостаточностью, получающим лечение методом диализа в соответствии с действующим законодательством.

Персональные данные, в отношении которых дается настоящее согласие, включают данные, указанные в настоящем согласии, заявлении, представленных заявителем (представителем заявителя) документах, и данные о выдаче медицинской организацией по месту жительства или по месту проведения диализной терапии справки о проведении в отношении меня лечения методом диализа.

Действия с персональными данными включают в себя их обработку (сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение).

Обработка персональных данных автоматизированная (с использованием средств вычислительной техники) либо без использования средств автоматизации.

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

«__»_____ 20__ г. _____
(дата подачи заявления) (подпись)»