Взамен ранее направленного

ДЕПАРТАМЕНТ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

г. Вологда

От 20.02 2023 № 214

О внесении изменений в приказ
Департамента социальной
защиты населения области
от 19 мая 2017 года № 821

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести в приказ Департамента социальной защиты населения Вологодской области от 19 мая 2017 года № 821 «Об утверждении административного регламента предоставления государственной услуги по предоставлению государственной социальной помощи в виде единовременной материальной помощи гражданам, находящимся в трудной жизненной ситуации» следующие изменения:

1.1. В абзаце третьем пункта 2 цифры «2013» заменить цифрами «2015»;

1.2. В административном регламенте предоставления государственной услуги по предоставлению государственной социальной помощи в виде единовременной материальной помощи гражданам, находящимся в трудной жизненной ситуации (приложение 1), утвержденном указанным приказом,:

1.2.1. В разделе II «Стандарт предоставления государственной услуги»:

в подразделе 2.6:

пункт 2.6.3 дополнить подпунктом «в» следующего содержания:

«; в) письменное согласие заявителя (члена его семьи) на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, оформленное по образцу согласно приложению 5^1 к настоящему административному регламенту, – в случае если для подтверждения трудной жизненной ситуации необходимы сведения, составляющие врачебную тайну, и они не представлены заявителем (представителем заявителя)»;

подпункт «а» пункта 2.6.4 изложить в следующей редакции:

«а) копию договора на строительно-монтажные работы по газификации жилья, заключенного не ранее 12 месяцев, предшествующих месяцу обращения, или копии договора на строительно-монтажные работы по газификации жилья и дополнительного соглашения к нему, предусматривающего увеличение стоимости строительно-монтажных работ по газификации жилья и заключенного не ранее 12 месяцев, предшествующих месяцу обращения, - для подтверждения факта газификации жилого помещения при вводе в эксплуатацию в населенном пункте распределительных газовых сетей.

В случае самостоятельного приобретения заявителем газового оборудования,

предусмотренного условиями договора и (или) дополнительного соглашения к нему, указанных в настоящем подпункте, заявитель вправе представить копии документов, подтверждающих приобретение газового оборудования в период действия данного договора;»;

подпункт «д» пункта 2.6.6 признать утратившим силу;

пункт 2.6.8 дополнить подпунктом «д» следующего содержания:

«; д) письменное согласие заявителя (члена его семьи) на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, оформленное по образцу согласно приложению 6^1 к настоящему административному регламенту, – в случае если для подтверждения трудной жизненной ситуации необходимы сведения, составляющие врачебную тайну, и они не представлены заявителем (представителем заявителя)»;

подпункт «д» пункта 2.6.9 признать утратившим силу;

в подразделе 2.9:

наименование изложить в следующей редакции:

«2.9. Исчерпывающий перечень оснований для приостановления или отказа в предоставлении государственной услуги, срок приостановления предоставления государственной услуги»;

абзац первый пункта 2.9.1 изложить в следующей редакции:

«2.9.1. Основаниями для отказа в приеме к рассмотрению заявления и прилагаемых документов к нему документов являются:»;

1.2.2. В разделе III «Состав, последовательность и сроки выполнения административных процедур (действий):

наименование подраздела 3.2 изложить в следующей редакции:

«3.2. Прием и регистрация заявления с прилагаемыми документами»;

наименование подраздела 3.3 изложить в следующей редакции:

«3.3. Рассмотрение и проверка заявления с прилагаемыми к нему документами, принятие решения о предоставлении (об отказе в предоставлении) единовременной материальной помощи»;

наименование подраздела 3.4 изложить в следующей редакции:

«3.4. Направление заявителю (представителю заявителя) решения о предоставлении (об отказе в предоставлении) единовременной материальной помощи»;

дополнить подразделом 3.5 следующего содержания:

«3.5. Порядок исправления допущенных опечаток и ошибок в выданных в результате предоставления услуги документах

3.5.1. Юридическим фактом, являющимся основанием для начала выполнения административной процедуры, является поступление заявления об исправлении опечаток и ошибок.

3.5.2. Исправление допущенных опечаток и ошибок в выданных в результате предоставления государственной услуги документах осуществляется в следующем порядке:

3.5.3. Заявитель при обнаружении опечаток и ошибок в документах, выданных в результате предоставления государственной услуги, обращается лично в Департамент (казенное учреждение) с заявлением о необходимости исправления опечаток и ошибок, в котором содержится указание на их описание. Заявление об

исправлении опечаток и ошибок составляется в произвольной форме.

3.5.4. Специалист Департамента (казенного учреждения), ответственный за предоставление государственной услуги при получении заявления, указанного в пункте 3.5.3 настоящего административного регламента, регистрирует данное заявление в день его поступления в Департамент (казенное учреждение) и рассматривает необходимость внесения соответствующих изменений в документы, являющиеся результатом предоставления государственной услуги.

3.5.5. В случае принятия решения о необходимости исправления опечаток и ошибок в документах, являющихся результатом предоставления государственной услуги, специалист Департамента (казенного учреждения), ответственный за предоставление государственной услуги, обеспечивает устранение опечаток и ошибок в документах, являющихся результатом предоставления государственной услуги.

3.5.6. Срок устранения опечаток и ошибок не должен превышать 3 рабочих дней с даты регистрации заявления, указанного в пункте 3.5.3 настоящего административного регламента.»;

1.2.3. В таблице приложения 1 к административному регламенту исключить строки:

«

Если для подтверждения трудной жизненной ситуации необходимы сведения медицинской организации	
Наименование медицинской организации, Ф.И.О. заявителя или члена его семьи, в отношении которого для подтверждения трудной жизненной ситуации запрашиваются сведения в медицинской организации	
Согласен на предоставление медицинской организацией следующих сведений, необходимых для подтверждения трудной жизненной ситуации: 1. _____ _____ _____ (указать наименование медицинской организации и сведения, в отношении которых дается согласие) _____ (подпись заявителя или члена его семьи) 2. _____ _____ _____ (указать наименование медицинской организации и сведения, в отношении которых дается согласие) _____ (подпись заявителя или члена его семьи) 3. _____ _____ _____ (указать наименование медицинской организации и сведения, в отношении которых дается согласие) _____ (подпись заявителя или члена его семьи)	

»;

1.2.4. В таблице приложения 2 к административному регламенту исключить строки:

«

Если для подтверждения трудной жизненной ситуации необходимы сведения медицинской организации	
Наименование медицинской организации, Ф.И.О. заявителя или члена его семьи, в отношении которого для подтверждения трудной жизненной ситуации запрашиваются сведения в медицинской организации	
Согласен на предоставление медицинской организацией следующих сведений, необходимых для подтверждения трудной жизненной ситуации: 1. _____ _____ _____ (указать наименование медицинской организации и сведения, в отношении которых дается согласие) _____ (подпись заявителя или члена его семьи) 2. _____ _____ _____ (указать наименование медицинской организации и сведения, в отношении которых дается согласие) _____ (подпись заявителя или члена его семьи) 3. _____ _____ _____ (указать наименование медицинской организации и сведения, в отношении которых дается согласие) _____ (подпись заявителя или члена его семьи)	

»;

1.2.5. В таблице приложения 3 к административному регламенту исключить строки:

«

Если для подтверждения трудной жизненной ситуации необходимы сведения медицинской организации	
Наименование медицинской организации, Ф.И.О. заявителя или члена его семьи, в отношении которого для подтверждения трудной жизненной ситуации запрашиваются сведения в медицинской организации	

»;

в таблице приложения 4 к административному регламенту исключить строки:

«

Если для подтверждения трудной жизненной ситуации необходимы сведения медицинской организации

Наименование медицинской организации, Ф.И.О. заявителя или члена его семьи, в отношении которого для подтверждения трудной жизненной ситуации запрашиваются сведения в медицинской организации	

»;

1.2.6. Дополнить приложением 5^1 согласно приложению 1 к настоящему приказу;

1.2.7. Дополнить приложением 6^1 согласно приложению 2 к настоящему приказу.

2. Управлению предоставления социальных гарантий (А.Л. Корюкина) обеспечить размещение настоящего приказа на официальном сайте Департамента социальной защиты населения Вологодской области, направление копии настоящего приказа в казенное учреждение Вологодской области «Центр социальных выплат».

3. Настоящий приказ вступает в силу через 10 дней после дня его официального опубликования, за исключением пункта 2, который вступает в силу со дня подписания приказа.

Начальник департамента А.В. Ершов

Приложение 1 к приказу
Департамента социальной
защиты населения области
от 20.02.2023 № 214

«Приложение 5[1]
к административному регламенту

В _____

(наименование, адрес медицинской организации)

_____

_____

Согласие на разглашение сведений,
составляющих врачебную тайну

Я, _____,

(фамилия, имя, отчество)

проживающая(ий)по адресу: _____

_____,

сведения о регистрации по месту жительства (месту пребывания): _____

_____,

документ, удостоверяющий личность:

наименование документа		серия	
номер		дата выдачи	
кем выдан		дата рождения	

в целях назначения мне (моей семье) единовременной материальной помощи в связи с трудной жизненной ситуацией в соответствии с законом области от 1 марта 2005 года № 1236-ОЗ «О государственной социальной помощи в Вологодской области», на основании части 3 статьи 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю согласие на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну: моих сведений,

сведений ребенка, законным представителем которого я являюсь (нужное подчеркнуть),

а именно:_____

(указать перечень сведений, в отношении которых дается согласие на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну)

_____

_____

_____.

Подтверждаю согласие на разглашение указанных мною сведений казенному учреждению Вологодской области «Центр социальных выплат», расположенному по адресу: г. Вологда, ул. Благовещенская, д. 9,

_____

(наименование, адрес Комплексного центра социального обслуживания населения области)

_____.

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

_____ _____ _____

(дата) (подпись) (фамилия, имя, отчество)».

Приложение 2 к приказу
Департамента социальной
защиты населения области
от 20.02.2023 № 214

«Приложение 6[1]
к административному регламенту

В _____

(наименование, адрес медицинской организации)

_____

_____

Согласие на разглашение сведений,
составляющих врачебную тайну

Я, _____,

(фамилия, имя, отчество)

проживающая(ий)по адресу: _____

_____,

сведения о регистрации по месту жительства (месту пребывания): _____

_____,

документ, удостоверяющий личность:

наименование документа		серия	
номер		дата выдачи	
кем выдан		дата рождения	

в целях назначения мне (моей семье) единовременной материальной помощи в связи с трудной жизненной ситуацией в соответствии с законом области от 1 марта 2005 года № 1236-ОЗ «О государственной социальной помощи в Вологодской области», на основании части 3 статьи 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-

ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю согласие на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну: моих сведений, сведений ребенка, законным представителем которого я являюсь (нужное подчеркнуть),

а именно:_____

(указать перечень сведений, в отношении которых дается согласие на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну)

_____

_____

_____.

Подтверждаю согласие на разглашение указанных мною сведений Департаменту социальной защиты населения Вологодской области, расположенному по адресу: г. Вологда, ул. Благовещенская, д. 9.

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

_____ _____ _____

(дата) (подпись) (фамилия, имя, отчество)».