

КОМИТЕТ
ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

10.12.2025 № 30

Санкт-Петербург

Об утверждении форм документов для предоставления дополнительной меры социальной поддержки по обеспечению техническими средствами реабилитации в виде слуховых аппаратов участников специальной военной операции

В соответствии с постановлением Правительства Ленинградской области от 28 ноября 2025 года № 985 «О предоставлении дополнительной меры социальной поддержки по обеспечению техническими средствами реабилитации в виде слуховых аппаратов участников специальной военной операции» п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить:

1.1. Форму заявления о предоставлении дополнительной меры социальной поддержки по обеспечению участников специальной военной операции слуховыми аппаратами согласно приложению 1 к настоящему приказу.

1.2. Форму согласия на обработку персональных данных лиц, обработка персональных данных которых потребуется для предоставления дополнительной меры социальной поддержки по обеспечению участников специальной военной операции слуховыми аппаратами согласно приложению 2 к настоящему приказу.

1.3. Форму направления на получение слуховых аппаратов согласно приложению 3 к настоящему приказу.

2. Настоящий приказ вступает в силу с даты подписания и распространяется на правоотношения, возникшие с 28.11.2025.

Председатель комитета



А.В. Жарков

Государственный регистрационный номер:	30
Дата государственной регистрации:	10.12.2025

УТВЕРЖДЕНА
приказом
Комитета по здравоохранению
Ленинградской области
от «10» 12 2025г. № 30
(приложение 1)

Форма заявления о предоставлении дополнительной меры социальной поддержки по обеспечению участников специальной военной операции слуховыми аппаратами

(Форма)

В государственное бюджетное
учреждение здравоохранения
Ленинградская областная клиническая больница
от _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

дата рождения _____
адрес регистрации по паспортным данным:

адрес электронной почты _____

паспорт _____
(серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

удостоверение ветерана боевых действий

(серия, номер, дата выдачи)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить дополнительную меру социальной поддержки по обеспечению участников специальной военной операции слуховыми аппаратами.

Документы, установленные приложением к Порядку предоставления дополнительной меры социальной поддержки по обеспечению техническими средствами реабилитации в виде слуховых аппаратов участников специальной военной операции, не являющихся инвалидами по слуху, но имеющих ограничение жизнедеятельности и нуждающихся по медицинским показаниям в технических средствах реабилитации в виде слуховых аппаратов, утвержденным постановлением Правительства Ленинградской области от 28 ноября 2025 года № 985, прилагаю.

« ____ » _____ 20 ____ г.
(дата)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Подтверждаю, что не имею инвалидности по слуху.

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Подтверждаю, что за счет средств федерального бюджета и средств бюджета Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации слуховым аппаратом (слуховыми аппаратами) не обеспечивался (не обеспечивалась).

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Подтверждаю, что Государственным фондом поддержки участников специальной военной операции «Защитники Отечества» слуховым аппаратом (слуховыми аппаратами) не обеспечивался (не обеспечивалась).

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

УТВЕРЖДЕНА
приказом
Комитета по здравоохранению
Ленинградской области
от «10» 12 2025г. № 30
(приложение 2)

Форма согласия на обработку персональных данных лиц, обработка персональных данных которых потребуется для предоставления дополнительной меры социальной поддержки по обеспечению участников специальной военной операции слуховыми аппаратами

(Форма)

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

паспорт серии _____, номер _____, выдан _____

проживающий (проживающая) по адресу: _____

в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года №152-ФЗ «О персональных данных» свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие государственному бюджетному учреждению здравоохранения Ленинградская областная клиническая больница (далее – Оператор) на обработку (любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) моих персональных данных, содержащихся в документах, представляемых для принятия решения о наличии (отсутствии) оснований для предоставления дополнительной меры социальной поддержки по обеспечению участников специальной военной операции техническими средствами реабилитации в виде слуховых аппаратов. Согласие даю до момента его отзыва.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить обработку персональных данных и уничтожить персональные данные в срок, не превышающий тридцати рабочих дней с даты поступления указанного отзыва.

В случае принятия решения о наличии оснований для предоставления дополнительной меры социальной поддержки по обеспечению техническими средствами реабилитации в виде слуховых аппаратов даю согласие Оператору на передачу моих персональных данных поставщику технических средств реабилитации в виде слуховых аппаратов с целью обеспечения слуховым аппаратом (слуховыми аппаратами).

« ____ » _____ 20 ____ г.
(дата)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

УТВЕРЖДЕНА
приказом
Комитета по здравоохранению
Ленинградской области
от «10» 12 2025г. № 30
(приложение 3)

Форма направления на получение слуховых аппаратов

(Форма)

Штамп медицинской организации

НАПРАВЛЕНИЕ
на получение слуховых аппаратов № _____

Выдано _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))
паспорт серии _____, номер _____, выдан _____
проживающий (проживающая) по адресу: _____

В соответствии с решением врачебной комиссии от _____ № _____
о наличии оснований для предоставления дополнительной меры социальной поддержки
по обеспечению участников специальной военной операции слуховыми аппаратами
в количестве _____ единиц, тип слухового (ых) аппарата (ов) _____

Дата оформления направления: « ____ » _____ 20 ____ г.

Должность, специальность работника, оформившего направление: _____

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

М.П.

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))
получил (а) техническое средство реабилитации в необходимом количестве.

« ____ » _____ 20 ____ г.
(дата) _____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии))