**2.33.2. Принятие решения о предоставлении (об отказе в предоставлении) государственной адресной социальной помощи**

 **в виде социального пособия для возмещения затрат на приобретение подгузников**

ГУ «Клецкий территориальный центр социального обслуживания населения»

Кабинет №3, ул.Толстого, 24, г. Клецк

Режим работы:

Понедельник-пятница

с 8.00 до 17.00 (перерыв с 13.00 до 14.00), суббота: 9.00 - 13.00,

выходной день –воскресенье.

Ответственный специалист по приему документов для назначения государственной адресной социальной помощи - Кулаковская Светлана Ивановна, специалист по социальной работе отделения первичного приема, анализа, информирования и прогнозирования ГУ «Клецкий ТЦСОН»

(кабинет № 3, телефон – 63138).
В случае временного отсутствия ответственного специалиста прием документов осуществляет заведующий отделением первичного приема, анализа, информирования и прогнозирования Лещинская Жанна Николаевна, кабинет № 6, телефон - 50198.

**Документы и (или) сведения, представляемые гражданином для осуществления административной процедуры**

заявление

паспорт или иной документ, удостоверяющий личность (в отношении детей-инвалидов в возрасте до 14 лет - паспорт или иной документ, удостоверяющий личность и (или) полномочия их законных представителей)

удостоверение инвалида - для инвалидов I группы

удостоверение ребенка-инвалида - для детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, имеющих IV степень утраты здоровья

свидетельство о рождении ребенка - при приобретении подгузников для ребенка-инвалида

документы, подтверждающие расходы на приобретение подгузников, установленные в соответствии с законодательством, с обязательным указанием наименования приобретенного товара в Республике Беларусь

индивидуальная программа реабилитации инвалида или заключение врачебно-консультационной комиссии государственной организации здравоохранения о нуждаемости в подгузниках

удостоверение на право представления интересов подопечного, доверенность, оформленная в порядке, установленном гражданским законодательством, документ, подтверждающий родственные отношения, - для лиц, представляющих интересы инвалида I группы

**Перечень документов и (или) сведений, запрашиваемых государственным органом:**

справки о месте жительства и составе семьи или копии лицевого счета – для предоставления социального пособия для возмещения затрат на приобретение подгузников детям-инвалидам в возрасте до 18 лет, имеющим IV степень утраты здоровья (при необходимости)

сведения, подтверждающие, что ребенку-инвалиду до 18 лет, имеющему IV степень утраты здоровья, инвалиду I группы вследствие профессионального заболевания или трудового увечья не производилась оплата расходов на приобретение подгузников за счет средств обязательного страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (при необходимости)

сведения о предоставлении (непредоставлении) социального пособия для возмещения затрат на приобретение подгузников по прежнему месту жительства заявителя – при изменении места жительства (места пребывания) заявителя (при необходимости)

***(Гражданин имеет право предоставить данные документы самостоятельно)***

**Максимальный срок**

**осуществления административной процедуры**

5 рабочих дней со дня подачи заявления, а в случае запроса документов и (или) сведений от других государственных органов, иных организаций - 5 рабочих дней после получения последнего документа, необходимого для предоставления государственной адресной социальной помощи

**Размер платы,**

**взимаемой при осуществлении административной процедуры**

бесплатно

**Срок действия справок или других документов (решений), выдаваемых (принимаемых) при осуществлении административных процедур**

|  |
| --- |
| единовременно  |
|  |
|
|
|
|
|
|
|
|
|

|  |
| --- |
| Приложение 2 к постановлениюМинистерства трудаи социальной защитыРеспублики Беларусь13 марта 2012 г. № 38 (в редакции постановления Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь 01.08.2017 №38 |

Управление по труду, занятости и социальной защите

Клецкого районного исполнительного

комитета (местной администрации)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, собственное имя, отчество (если

 таковое имеется) гражданина

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

совершеннолетнего члена семьи,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

опекуна(попечителя), представителя

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

регистрация по месту жительства

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (месту пребывания)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о предоставлении государственной адресной социальной помощи**

**в виде социального пособия для возмещения затрат на приобретение подгузников (впитывающих трусиков), впитывающих простыней (пеленок), урологических прокладок (вкладышей)**

 1. Прошу   предоставить государственную адресную социальную помощь

в виде  социального  пособия для возмещения затрат на  приобретение подгузников (впитывающих трусиков),впитывающих простыней (пеленок) урологических прокладок (вкладышей)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) лица,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (имеющего право на получение социального пособия для возмещения затрат на приобретение подгузников), (впитывающих трусиков), впитывающих простыней (пеленок), урологических прокладок (вкладышей),являющегося ребенком-инвалидом, имеющим IV степень утраты здоровья (далее - ребенок инвалид), инвалидом I группы (нужное подчеркнуть)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(перечислить предметы гигиены (подгузники (впитывающие трусики),

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 впитывающие простыни (пеленки), урологические прокладки (вкладыши)

 2. Регистрация по месту жительства (месту пребывания) ребенка-инвалида, инвалида I группы :

наименование населенного пункта\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

улица\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дом № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

квартира №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 3. Домашний телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_, мобильный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Предупрежден(а):

 о последствиях за сокрытие сведений (представление недостоверных сведений), с которыми связано право на предоставление государственной адресной социальной помощи и (или) от которых зависит ее размер;

 о невыплате социального пособия для возмещения затрат на приобретение

подгузников (впитывающих трусиков), впитывающих простыней (пеленок),

урологических прокладок (вкладышей) при наступлении до его выплаты обстоятельств, влекущих утрату гражданином права на такое пособие;

 о невыплате членам семьи (опекуну (попечителю), представителю) социального пособия для возмещения затрат на приобретение подгузников (впитывающих трусиков), впитывающих простыней (пеленок), урологических прокладок (вкладышей) в случае смерти гражданина, имевшего право на такое пособие.

     Прилагаю документы на \_\_\_\_ л.

 \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                                        (подпись заявителя)

Документы приняты \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись специалиста, принявшего документы)

Регистрационный номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_