



Администрация Ненецкого автономного округа

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 27 января 2017 г. № 13-п
г. Нарьян-Мар

**О внесении изменений в Положение
о социальной поддержке в виде ежемесячной
денежной выплаты лицам, больным активными
формами туберкулеза, находящимся под
диспансерным наблюдением и соблюдающим
режим терапии при лечении туберкулеза**

В соответствии с частью 2 статьи 41.3 закона Ненецкого автономного округа от 11.12.2002 № 382-оз «О здравоохранении в Ненецком автономном округе» Администрация Ненецкого автономного округа **ПОСТАНОВЛЯЕТ**:

1. Утвердить изменения в Положение о социальной поддержке в виде ежемесячной денежной выплаты лицам, больным активными формами туберкулеза, находящимся под диспансерным наблюдением и соблюдающим режим терапии при лечении туберкулеза, утвержденное постановлением Администрации Ненецкого автономного округа от 19.06.2012 № 168-п, изложив его в новой редакции согласно Приложению.

2. Настоящее постановление вступает в силу через десять дней после его официального опубликования и распространяет свое действие на отношения, возникшие с 1 января 2017 года.

Губернатор
Ненецкого автономного округа



И.В. Кошин

Приложение
к постановлению Администрации
Ненецкого автономного округа
от 27.01.2017 № 13-п
«О внесении изменений в
Положение о социальной
поддержке в виде ежемесячной
денежной выплаты лицам, больным
активными формами туберкулеза,
находящимся под диспансерным
наблюдением и соблюдающим
режим терапии при лечении
туберкулеза»

**Положение
о социальной поддержке в виде ежемесячной
денежной выплаты лицам, больным активными
формами туберкулеза, находящимся под
диспансерным наблюдением и соблюдающим
режим терапии при лечении туберкулеза**

1. Настоящее Положение устанавливает размер и порядок предоставления социальной поддержки в виде ежемесячной денежной выплаты (далее - выплата) для восстановления белкового дефицита лицам, больным активными формами туберкулеза, находящимся под диспансерным наблюдением и соблюдающим режим терапии при лечении туберкулеза (далее – гражданин).

2. Размер выплаты составляет 350 рублей.

3. Для получения выплаты гражданин (законный представитель) представляет в государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ненецкого автономного округа «Окружной противотуберкулезный диспансер» (далее - Учреждение) заявление о предоставлении ежемесячной денежной выплаты для восстановления белкового дефицита по форме согласно Приложению к настоящему Положению (далее – заявление) и документы, предусмотренные пунктом 4 настоящего Положения (далее – прилагаемые документы).

По выбору гражданина (законного представителя) заявление представляется им в Учреждение на бумажном носителе посредством личного обращения или путем направления по почте.

Днем обращения гражданина (законного представителя) за получением выплаты считается день приема Учреждением заявления с прилагаемыми документами.

При направлении заявления с прилагаемыми документами по почте днем обращения за получением выплаты считается дата, указанная на почтовом штемпеле организации федеральной почтовой связи по месту отправления заявления.

4. Заявление подается с приложением следующих документов:

1) копия паспорта (копия свидетельства о рождении ребенка, не достигшего 14-летнего возраста);

2) копия свидетельства о постановке гражданина (законного представителя) на учет в налоговом органе.

Гражданин (законный представитель) вправе не представлять в Учреждение документ, указанный в подпункте 2 настоящего пункта. В этом случае Учреждение самостоятельно запрашивает его (сведения содержащиеся в нем) в уполномоченном органе.

Копии представленных гражданином (законным представителем) документов должны быть удостоверены нотариусом или другим должностным лицом, имеющим право совершать нотариальные действия, либо представлены с предъявлением подлинника. Копии документов, представленные с предъявлением подлинника, заверяются специалистом Учреждения, осуществляющим прием документов.

5. Участковые врачи-фтизиатры Учреждения ежемесячно формируют списки лиц, больных активными формами туберкулеза, находящихся под диспансерным наблюдением и соблюдающих режим терапии при лечении туберкулеза (далее – список) и представляют их врачебно-контрольной комиссии Учреждения (далее – Комиссия) ежемесячно не позднее 5 числа.

Комиссия ежемесячно не позднее 10 числа рассматривает поступившие документы граждан (законных представителей), представленные участковыми врачами-фтизиатрами Учреждения списки и принимает решение о предоставлении (либо об отказе в предоставлении) выплаты, а также формирует реестр граждан (законных представителей), в отношении которых принято решение о предоставлении выплаты (далее – реестр).

Реестр должен содержать фамилию, имя, отчество, дату рождения гражданина (законного представителя), реквизиты для перечисления выплаты.

6. Выплата гражданину (законному представителю) не производится в случае:

1) непредставления документа, предусмотренного подпунктом 1 пункта 4 настоящего Положения;

2) отсутствия гражданина в списке, предусмотренном пунктом 5 настоящего Положения, в связи с нарушением режима терапии при лечении туберкулеза.

7. В течение 5 рабочих дней со дня принятия Комиссией решения о предоставлении выплаты, Учреждением издается распоряжение о предоставлении выплаты.

8. В случае принятия Комиссией решения об отказе в предоставлении выплаты Учреждение, не позднее 5 рабочих дней со дня принятия Комиссией соответствующего решения, уведомляет гражданина (законного представителя) о принятом решении в письменной форме.

По выбору гражданина (законного представителя) уведомление может быть получено им лично или через представителя, либо направлено простым почтовым отправлением, либо направлено в электронной форме.

9. В течение пяти рабочих дней со дня издания распоряжения о предоставлении выплаты Учреждение направляет его и реестр в казенное учреждение Ненецкого автономного округа «Финансово-расчетный центр» (далее – КУ НАО «ФРЦ»).

КУ НАО «ФРЦ» в течение десяти рабочих дней со дня получения документов, указанных в абзаце первом настоящего пункта, производит перечисление денежных средств гражданам (законным представителям), согласно реестру.

10. Перечисление денежных средств гражданину (законному представителю) осуществляется одним из следующих способов:

1) перечисление денежных средств на банковский счет гражданина (законного представителя), открытый в кредитной организации;

2) посредством почтового перевода через организацию федеральной почтовой связи.

11. Расходы на перечисление (доставку) денежных средств осуществляются за счет средств окружного бюджета.

12. Гражданин (законный представитель) обязан уведомлять Учреждение об изменении его банковского счета в кредитной организации в десятидневный срок со дня наступления соответствующих обстоятельств.

Учреждение в течение двух рабочих дней со дня поступления от гражданина (законного представителя) информации, указанной в абзаце первом настоящего пункта, представляет ее в КУ НАО «ФРЦ».

Приложение
к Положению о социальной
поддержке в виде ежемесячной
денежной выплаты лицам, больным
активными формами туберкулеза,
находящимся под диспансерным
наблюдением и соблюдающим
режим терапии при лечении
туберкулеза, утвержденному
постановлением Администрации
Ненецкого автономного округа
от 27.01.2017 № 13-п

Руководителю государственного
бюджетного учреждения
здравоохранения Ненецкого
автономного округа «Окружной
противотуберкулезный диспансер»

_____ (инициалы, фамилия)

от _____
(фамилия, имя, отчество гражданина (законного
представителя)

адрес регистрации _____

_____ телефон _____

ИНН _____

**Заявление
о предоставлении ежемесячной денежной выплаты
для восстановления белкового дефицита**

В соответствии частью 2 статьи 41.3 закона Ненецкого автономного округа от 11.12.2002 № 382-оз «О здравоохранении в Ненецком автономном округе» прошу предоставить ежемесячную денежную выплату для восстановления белкового дефицита в размере _____

Денежные средства прошу _____
(перечислить на счет в кредитной организации или осуществить доставку почтовым переводом через организацию федеральной почтовой связи)

(указать номер счета и наименование кредитной организации или наименование организации федеральной почтовой связи)

К заявлению прилагаю: _____

« ____ » _____ 20__ г.

_____ (подпись заявителя)

_____ (расшифровка подписи)

Примечание:

Выражаю согласие (далее - согласие) на обработку моих персональных данных (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, использование, распространение (передачу определенному кругу лиц), блокирование, уничтожение) как с использованием средств автоматизации, так и без использования таких средств в целях предоставления выплаты и с целью статистических исследований. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие, включает в себя любую информацию, представляемую в заявлении и других представляемых в уполномоченный орган документах в указанных выше целях. Согласие действует в течение трех лет. Гражданин может отозвать настоящее согласие путем направления письменного заявления в уполномоченный орган, в этом случае уполномоченный орган прекращает обработку персональных данных, а персональные данные подлежат уничтожению не позднее чем через 3 года с даты прекращения обязательств сторон. Гражданин соглашается с тем, что указанные выше персональные данные являются необходимыми для заявленной цели обработки.

Обязуюсь уведомлять в письменной форме государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ненецкого автономного округа «Окружной противотуберкулезный диспансер» об изменении банковского счета в кредитной организации в десятидневный срок со дня наступления соответствующих обстоятельств.

« ____ » _____ 20__ г.

_____ (подпись заявителя)

_____ (расшифровка подписи)
