|  |  |
| --- | --- |
| административная процедура 2.38**Принятие решения о назначении пособия по уходу за инвалидом I группы либо лицом, достигшим 80-летнего возраста** |   |
|

|  |
| --- |
| **Должность, Ф.И.О., местонахождение, номер служебного телефона работников, осуществляющих прием документов, ведущих предварительное консультирование, подготовку и выдачу административных решений в результате осуществления административной процедуры** |
| главный специалист отдела назначения пенсий и социальной поддержки населения управления по труду, занятости и социальной защите райисполкома– **Дегтерёва Валентина Николаевна**, 2 этаж, кабинет № 28, телефон 8 (02137) 5 33 55главный специалист отдела назначения пенсий и социальной поддержки населения управления по труду, занятости и социальной защите райисполкома– **Володкевич Татьяна Анатольевна**, 2 этаж, кабинет № 29, телефон 8 (02137) 4 27 28**Время приема: ежедневно с 8.00 до 13.00, с 14.00 до 17.00,** **выходные дни – суббота, воскресенье** |

 |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **Должность, Ф.И.О., местонахождение, номер служебного телефона работников, осуществляющих прием документов и выдачу административных решений** **в результате осуществления административной процедуры** |  |
| главный специалист отдела юридического, по работе с обращениями граждан и юридических лиц райисполкома – **Королёва Ирина Владимировна**1 этаж, кабинет № 19, телефон 8 (02137) 5 45 15**Время приема: пн.,вт.,чт.,пт. с 8.00 до 13.00, с 14.00 до 17.00, ср.8.00 до 13.00, с 14.00 до 20.00, суббота с 9.00 до 12.00 (по предварительной записи), выходной день –воскресенье** |  |
|  |  |

 |
| **Документы и (или) сведения, представляемые для осуществления административной процедуры**  | заявлениепаспорт или иной документ, удостоверяющий личностьтрудовая книжка заявителямедицинская справка о состоянии здоровья заявителя, подтверждающая отсутствие психиатрического и наркологического учетазаключение врачебно-консультационной комиссии о нуждаемости лица, достигшего 80-летнего возраста, в постоянном уходе – в случае назначения пособия по уходу за лицом, достигшим 80-летнего возраста |
| **Документы и (или) сведения, запрашиваемые ответственным исполнителем** **Заинтересованное лицо вправе представить указанные документы самостоятельно** | копия заключения медико-реабилитационной экспертной комиссии (выписка из акта освидетельствования в медико-реабилитационной экспертной комиссии) о группе и причине инвалидности лица, за которым осуществляется уход (если такие документы отсутствуют в органе по труду, занятости и социальной защите)сведения о неполучении пособия по безработицесправка (сведения) о неполучении ежемесячной страховой выплаты в соответствии с законодательством об обязательном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний или ежемесячного денежного содержания в соответствии с законодательством о государственной службесведения об отсутствии регистрации в качестве индивидуального предпринимателя, главы крестьянского (фермерского) хозяйствасправка о неполучении пенсии лицом, осуществляющим уход (при необходимости)сведения о регистрации по месту пребывания в Республике Беларусь лица, осуществляющего уход, и (или) лица, за которым осуществляется уход (при необходимости) |
| **Размер платы, взимаемой при осуществлении административной процедуры** | бесплатно |
| **Максимальный срок осуществления административной процедуры** | 10 дней со дня подачи заявления, а в случае запроса документов и (или) сведений от других государственных органов, иных организаций – 1 месяц |
| **Срок действия справки или другого документа (решения), выдаваемых (принимаемого) при осуществлении административной процедуры** | на период ухода за инвалидом I группы либо лицом, достигшим 80-летнего возраста |
|  |  |

АДМИНИСТРАТИВНАЯ ПРОЦЕДУРА 2.38

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|   | Приложение 1к Положению о порядке назначения и выплаты пособия по уходу за инвалидом I группы либо лицом, достигшим 80-летнего возраста(в редакции постановления Совета Министров Республики Беларусь15.06.2017 № 457) |

 Форма **Дубровенский районный исполнительный комитет**Заявлениео назначении (возобновлении выплаты) пособия по уходуза инвалидом I группы либо лицом, достигшим 80-летнего возраста1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) заявителя,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата рождения, адрес места жительства (места пребывания),\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_номер телефона,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_вид документа, удостоверяющего личность, номер, серия (при наличии),\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_идентификационный номер (при наличии),\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата выдачи, наименование органа,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдавшего документ)2. Прошу назначить пособие по уходу (возобновить выплату пособия) в связи с осуществлением постоянного ухода за инвалидом I группы, лицом, достигшим 80-летнего возраста *(нужное подчеркнуть)*, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_нетрудоспособного гражданина, дата рождения,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_адрес места жительства (места пребывания), вид пенсии)3. Сообщаю сведения о том, что:не получаю пенсию, пособие по безработице, ежемесячную страховую выплату в соответствии с законодательством об обязательном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, ежемесячное денежное содержание в соответствии с законодательством о государственной службе;не обучаюсь в учебном заведении дневной формы получения образования;не работаю по трудовому договору и (или) гражданско-правовому договору, а также на основе членства (участия) в юридическом лице;не являюсь индивидуальным предпринимателем.4. Сообщаю сведения:о лицах, которые могут подтвердить факт осуществления постоянного ухода, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется),\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;адрес места жительства (места пребывания)о причинах неполучения пособия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указываются\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_для возобновления\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.выплаты пособия)5. Я предупрежден(а):о необходимости сообщить в течение пяти дней органу по труду, занятости и социальной защите о наступлении обстоятельств, влекущих прекращение выплаты пособия по уходу, в том числе о поступлении на работу и (или) выполнении иной деятельности, указанной в пункте 3 настоящего заявления;о взыскании сумм пособия по уходу, излишне выплаченных вследствие злоупотребления лица, получающего пособие, в судебном порядке;о проведении обследования осуществления постоянного ухода за нетрудоспособным гражданином по месту его жительства (месту пребывания).6. Достоверность сведений, указанных в настоящем заявлении, подтверждаю, с положениями, содержащимися в пункте 5 настоящего заявления, ознакомлен(а).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. |   | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (дата заполнения заявления) |   | (подпись заявителя, фамилия, инициалы) |

|  |  |
| --- | --- |
| Перечень представленных документов | Возвращено заявителю |
| 1. Заявление |   |
| 2. Документ, удостоверяющий личность |   |
| 3. Трудовая книжка |   |
| 4. Медицинская справка о состоянии здоровья |   |
| 5. Заключение врачебно-консультационной комиссии |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дополнительно представлены | Дата поступления | Подпись работника, принявшего документы |
| 1. |   |   |
| 2. |   |   |

 (линия отреза)--------------------------------------------------------------------------------------------------------Расписка-уведомление

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Заявление № | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | и другие документы | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|   | (регистрационный номер) |   | (фамилия, |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_собственное имя, отчество (если таковое имеется) заявителя)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| принял | \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   |
|   | (дата) | (подпись работника,принявшего документы) |   |

 |