|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| административная процедура 4.8  **Принятие решения об установлении патронажа (назначении помощника)** | | | |  | |
| |  | | --- | | **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** | | | | |
| |  | | --- | | **Должность, Ф.И.О., местонахождение, номер служебного телефона работников, ведущих предварительное консультирование, подготовку 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) 4 33 55  главный 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** | |  | |  | | | | |
| Документы и (или) сведения, представляемые для осуществления административной процедуры | | заявление лица, нуждающегося в патронаже  письменное согласие лица на осуществление патронажа (назначение его помощником)  медицинская справка о состоянии здоровья лица, давшего согласие на осуществление патронажа (назначение его помощником) | |
| Документы и (или) сведения, запрашиваемые ответственным исполнителем  Заинтересованное лицо вправе представить указанные документы самостоятельно | | - | |
| **Размер платы, взимаемой при осуществлении административной процедуры** | | бесплатно | |
| **Максимальный срок осуществления административной процедуры** | | 15 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** | | бессрочно | |
|  | |  | |

АДМИНИСТРАТИВНАЯ ПРОЦЕДУРА 4.8

Дубровенский районный исполнительный

комитет

сведения о заинтересованном лице: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

(фамилия, собственное имя, отчество)

место жительства (место пребывания):\_\_\_\_\_\_\_

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

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

(наименование населенного пункта, улица, номер дома, телефона)

документ удостоверяющий личность:

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

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

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

(серия (при наличии), номер, дата выдачи, наименование

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

государственного органа, его выдавшего, идентификационный

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

номер (при наличии)

Заявление

Прошу принять решение об установлении надо мной патронажа, так как я по состоянию здоровья не могу самостоятельно осуществлять и защищать свои права и исполнять обязанности.

Помощником прошу назначить \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.,г.р.,адрес регистрации, идентификационные сведения)

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

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

Согласен(-на) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О.)

К заявлению прилагаю следующие документы:

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

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

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

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Дата) (подпись)

АДМИНИСТРАТИВНАЯ ПРОЦЕДУРА 4.8

Дубровенский районный исполнительный

комитет

сведения о заинтересованном лице: \_\_\_\_\_\_\_\_

\_*Иванов Иван Петрович*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(фамилия, собственное имя, отчество)

место жительства (место пребывания):

\_*г. Дубровно, ул. Первомайская, д.5* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_*т. 4-03-45, моб. 8(033) 394-34-95* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(наименование населенного пункта, улица, номер дома, телефона)

документ удостоверяющий личность:

\_*паспорт ВМ 0348275 выдан 24.03.2005 г.* \_\_\_

\_*Дубровенским РОВД*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(серия (при наличии), номер, дата выдачи, наименование

государственного органа, его выдавшего,

\_\_*3040501975Е029РВ3*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

идентификационный номер (при наличии)

Заявление

Прошу принять решение об установлении надо мной патронажа, так как я по состоянию здоровья не могу самостоятельно осуществлять и защищать свои права и исполнять обязанности.

Помощником прошу назначить *Петрова Юрия Николаевича,12.01.1973 года рождения, проживающего по адресу: г.Дубровно, ул.Комсомольская, д.3. Паспорт ВМ 0012345, выдан Дубровенским РОВД 07.09.1986 г., идентификационный номер 3120173Е007РВ4.*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Согласен (-на) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Петров Ю.Н

(подпись) (Ф.И.О.)

К заявлению прилагаю следующие документы:

Медицинская справка о состоянии здоровья лица, давшего согласие на осуществление патронажа (назначение его помощником)

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Дата) (подпись)