|  |  |
| --- | --- |
| 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** |
| Начальник отдела юридического, по работе с обращениями граждан и юридических лиц райисполкома – **Базук Наталья Владимировна**1 этаж, кабинет № 20, телефон 8 (02137) 4 18 45главный специалист отдела юридического, по работе с обращениями граждан и юридических лиц райисполкома – **Королёва Ирина Владимировна**1 этаж, кабинет № 19, телефон 8 (02137) 4 08 00инспектор отдела юридического, по работе с обращениями граждан и юридических лиц райисполкома - **Мурашкина Алла Владимировна**1 этаж, кабинет № 19, телефон 8 (02137) 4 08 00**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 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** |
|  |
|  |

 |
| Документы и (или) сведения, представляемые для осуществления административной процедуры  | заявление лица, нуждающегося в патронажеписьменное 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)