**АДМИНИСТРАТИВНАЯ ПРОЦЕДУРА**

*(Указ Президента Республики Беларусь от 26 апреля 2010 года № 200 «Об административных процедурах, осуществляемых государственными органами и иными организациями по заявлениям граждан»)*

**2.33. Принятие решения о предоставлении (об отказе в предоставлении) государственной адресной социальной помощи в виде:**

2.33.2. социального пособия для возмещения затрат на приобретение подгузников

Предварительное консультирование и осуществление указанной административной процедуры выполняют специалисты по социальной работе учреждения «Территориальный центр социального обслуживания населения Добрушского района» ежедневно (кроме выходных и праздничных дней, объявленных Президентом Республики Беларусь нерабочими) с 8.30 до 13.00 и с 14.00 до 17.30 по адресу: г.Добруш, ул.Фрунзе, д.5 и по телефону 5-86-63.

**Заявление и документы и (или) сведения**, представляемые гражданином для осуществления административной процедуры, **подаются в службу «одно окно» Добрушского районного исполнительного комитета по адресу**: **г.Добруш, ул.кн.Ф.И.Паскевича, д.10, 1 этаж.**

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

* заявление;
* [паспорт](https://mail201003.gomel.mintrud.local/owa/redir.aspx?C=Yyi34H3421WS54qE8Hi0sDCbYhzORkt2W8LXNueWDUfcZ1B-uznbCA..&URL=https%3a%2f%2fbii.by%2ftx.dll%3fd%3d179950%26a%3d2%23a2) 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, абилитации инвалида или индивидуальная программа реабилитации, абилитации ребенка-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, самостоятельно запрашиваемых местными исполнительными и распорядительными органами при осуществлении административных процедур по заявлениям граждан в соответствии с Положением о порядке предоставления государственной адресной социальной помощи, утвержденным Указом Президента Республики Беларусь 19.01.2012г. №41, с постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 18.09.2020г. № 541 «О документах, запрашиваемых при осуществлении административных процедур»:

* справка о месте жительства и составе семьи – для предоставления социального пособия для возмещения затрат на приобретение подгузников детям-инвалидам в возрасте до 18 лет, имеющим IV степень утраты здоровья;
* 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;
* сведения о предоставлении (непредоставлении) социального пособия для возмещения затрат на приобретение подгузников по прежнему месту жительства заявителя – при изменении места жительства (места пребывания) заявителя.

|  |  |
| --- | --- |
| **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 справки, другого документа (решения), выдаваемых (принимаемого) при осуществлении административной процедуры**  | единовременно |

Наименование, место нахождения и режим работы вышестоящего государственного органа:

**Комитет по труду, занятости и социальной защите Гомельского областного исполнительного комитета, г. Гомель, пер. Спартака, 2А, понедельник-пятница с 8.30 до 17.30 часов перерыв с 13.00 до 14.00.**

 **Добрушский районный исполнительный комитет: г.Добруш, ул. кн.Паскевича, д. 11, понедельник-пятница с 8.30 до 17.30 часов, перерыв с 13.00 до 14.00.**

Форма заявления, необходимого для обращения за осуществлением настоящей административной процедуры, приведена ниже.

|  |  |
| --- | --- |
|   | «Приложение 2к постановлению Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь 13.03.2012 № 38 (в редакции постановления Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь 01.08.2017 № 38)  |

Форма

 Управление по труду занятости и

социальной защите\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование органа по труду, занятости и

 Добрушского райисполкома\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 социальной защите)

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

(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, 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_