|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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–  **Барковская Алеся Алексеевна**, 2 этаж, кабинет № 28, телефон 8 (02137) 5 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) 5 45 38  **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 – **Сычёва Анна Григорьевна**  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.11.00 до 14.00, с 15.00 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** | | заявление  паспорт или иной документ, удостоверяющий личность  трудовая книжка заявителя (за исключением случаев, когда законодательными актами не предусмотрено ее заполнение)   медицинская справка о состоянии здоровья заявителя, подтверждающая отсутствие психиатрического и наркологического учета  заключение 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 безработице  справка (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 службе  сведения об отсутствии регистрации в качестве индивидуального предпринимателя, главы крестьянского (фермерского) хозяйства  [справка](https://bii.by/tx.dll?d=200199&a=28#a28) 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 1  к 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 Беларусь 15.06.2017 № 457) |     Форма    **Дубровенский районный исполнительный комитет**  Заявление о назначении (возобновлении выплаты) пособия по уходу за инвалидом I группы либо лицом, достигшим 80-летнего возраста  1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (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) |  | |