|  |  |
| --- | --- |
| Назва адміністрацыйнай працэдуры | Прыняцце рашэння  аб прызначэнні дапамогі па догляду інваліда I групы або асобы, якая дасягнула  80-гадовага ўзросту |
| Нумар адміністрацыйнай працэдуры па Пераліку – 2.38 | |
| Дакументы і (або) звесткі, якія прадстаўляюцца грамадзянінам для ажыццяўлення адміністрацыйнай працэдуры | - заява  - пашпарт або іншы дакумент, які сведчыць асобу  - працоўная кніжка заяўніка (за выключэннем выпадкаў, калі заканадаўчымі актамі не прадугледжана яе запаўненне)  - медыцынская даведка аб стане здароўя заяўніка, якая пацвярджае адсутнасць псіхіятрычнага і наркалагічнага ўліку  - заключэнне ўрачэбна-кансультацыйнай камісіі аб патрэбнасці асобы, дасягнуўшага 80-гадовага ўзросту, у пастаянным доглядзе – у выпадку прызначэння дапамогі па догляду за асобай, якая дасягнула 80-гадовага ўзросту |
| Дакументы і (або) звесткі запытаныя службай ”адно акно“ | - копія заключэння медыка-рэабілітацыйнай экспертнай камісіі (выпіска з акта агляду ў медыка-рэабілітацыйнай экспертнай камісіі) аб групе і прычыне інваліднасці асобы, за якой ажыццяўляецца догляд (калі такія дакументы адсутнічаюць у органе па працы, занятасці і сацыяльнай абароне)  - звесткі аб неатрыманні дапамогі па беспрацоўі  - даведка (звесткі) аб неатрыманні штомесячнай страхавой выплаты ў адпаведнасці з заканадаўствам аб абавязковым страхаванні ад няшчасных выпадкаў на вытворчасці і прафесійных захворванняў або штомесячнага грашовага ўтрымання ў адпаведнасці з заканадаўствам аб дзяржаўнай службе  - звесткі аб адсутнасці рэгістрацыі ў якасці індывідуальнага прадпрымальніка, кіраўніка сялянскага (фермерскай) гаспадаркі  - даведка аб неатрыманні пенсіі асобай, якая ажыццяўляе догляд (пры неабходнасці)  - звесткі аб рэгістрацыі па месцы знаходжання ў Рэспубліцы Беларусь асобы, якая ажыццяўляе догляд, і (або) асобы, за якой ажыццяўляецца догляд (пры неабходнасці)  **грамадзяне маюць права прадставіць названыя дакументы і (або) звесткі самастойна** |
| Памер платы, якая збіраецца за ажыццяўленне працэдуры | **бясплатна** |
| Максімальны тэрмін ажыццяўлення адміністрацыйнай працэдуры | **10 дзён з дня падачы заявы**, а ў выпадку запыту дакументаў і (або) звестак ад іншых дзяржаўных органаў, іншых арганізацый - **1 месяц** |
| Тэрмін дзеяння даведкі, іншага дакумента (рашэння), якія выдаюцца (прымаюцца) пры ажыццяўленні адміністрацыйнай працэдуры | на перыяд догляду інваліда I групы або асобы, якая дасягнула 80-гадовага ўзросту |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 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) |  |