

**МИНИСТЕРСТВО**

**СОЦИАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ**

**И СЕМЕЙНОЙ ПОЛИТИКИ КАМЧАТСКОГО КРАЯ**

**ПРИКАЗ**

|  |
| --- |
| [Дата регистрации] № [Номер документа] |
| г. Петропавловск-Камчатский |
|  |

|  |
| --- |
| **Об утверждении формы заявления**  **о предоставлении меры социальной поддержки по предоставлению санаторно-курортного лечения и оплате (компенсации) стоимости проезда к месту проведения санаторно-курортного лечения и обратно** |

В соответствии с абзацем первым части 11 Порядка предоставления отдельным категориям граждан, занятых в области северного оленеводства, меры социальной поддержки по предоставлению санаторно-курортного лечения на территории Камчатского края (один раз в год) и оплате (компенсации) стоимости проезда к месту проведения санаторно-курортного лечения и обратно (один раз в год) на воздушном транспорте межмуниципального сообщения в Камчатском крае при направлении на санаторно-курортное лечение, утвержденным постановлением Правительства Камчатского края от 01.08.2024 № 372-П,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить форму заявления о предоставлении меры социальной поддержки по предоставлению санаторно-курортного лечения и оплате (компенсации) стоимости проезда к месту проведения санаторно-курортного лечения и обратносогласно приложению к настоящему приказу.

2. Настоящий приказ вступает в силу после дня его официального опубликования.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| И.о. Министра социального благополучия и семейной политики Камчатского края | [горизонтальный штамп подписи 1] | Ю.О. Горелова |

Приложение

к приказу Министерства социального благополучия и семейной политики Камчатского края

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| от | [REGDATESTAMP] | № | [REGNUMSTAM |

Руководителю КГКУ «Центр выплат»

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии)

проживающей(его) по месту жительства по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

адрес фактического места жительства:

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

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

телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

опредоставлении меры социальной поддержки по предоставлению санаторно-курортного лечения и оплате (компенсации) стоимости проезда к месту проведения санаторно-курортного лечения и обратно

**Прошу предоставить мне** (нужное отметить):

□ путевку на санаторно-курортное лечение;

**□** компенсацию стоимости проезда к месту проведения санаторно-курортного лечения и обратно

**Сообщаю**, что осуществляю трудовую деятельность в оленеводческом хозяйстве на должности *(нужное отметить):*

□ оленевод;

□ работник чума

# с \_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_ по настоящее время.

**Правильность сообщаемых сведений подтверждаю.**

**Ознакомлен(а),** что предоставление заведомо ложных и (или) недостоверных сведений, а равно умолчание о фактах, влекущих прекращение выплаты пособий, компенсаций, субсидий и иных социальных выплат, является уголовно наказуемым деянием, ответственность за которое предусмотрена [статьей 1592](consultantplus://offline/ref=8964C0C8A7AA8878899F6EE851E7CB3562168B0B1EF2D34C1FE7ABEF48FF40CFA042A2FDBE945B3CDA1D9266EC4B80A6658B1239F00C7F390DS2E) Уголовного кодекса Российской Федерации, либо правонарушением, ответственность за которое наступает по основаниям, предусмотренным [статье 7.27](consultantplus://offline/ref=8964C0C8A7AA8878899F6EE851E7CB356216880310F4D34C1FE7ABEF48FF40CFA042A2FDBE955D3BD81D9266EC4B80A6658B1239F00C7F390DS2E) Кодекса об административных правонарушениях Российской Федерации.

**Выражаю согласие** на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации, обработку и использование предоставленных моих персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, изменение, использование, передачу (предоставление, доступ), а также на истребование в иных учреждениях (организациях) сведений в целях предоставления государственных услуг, предусмотренных законодательством Российской Федерации и Камчатского края\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись заявителя)*

**Прилагаю следующие документы и необходимые копии к ним:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Копия документа, удостоверяющего личность | \_\_\_\_ л. |
| 2. | Копия документа, удостоверяющего личность представителя | \_\_\_\_ л. |
| 3. | Копия документа, подтверждающего полномочия представителя | \_\_\_\_ л |
| 4. | Справка об осуществлении трудовой деятельности в оленеводческом хозяйстве, осуществляющем деятельность в Камчатском крае | \_\_\_\_ л. |
| **В случае обращения за путевкой на санаторно-курортное лечение:** | | |
| 5. | Справка для получения путевки на санаторно-курортное лечение по форме № 070/у | \_\_\_\_ л. |
| **В случае обращения за оплатой (компенсацией) стоимости проезда к месту проведения санаторно-курортного лечения и обратно** | | |
| 6. | Документ, подтверждающий факт пребывания в месте проведения санаторно-курортного лечения | \_\_\_\_ л. |
| 7. | Документы, подтверждающие расходы, понесенные при оплате стоимости проезда к месту проведения санаторно-курортного лечения и обратно | \_\_\_\_ л. |
| 8. | Реквизиты банковского счета заявителя | \_\_\_\_ л. |

**Дополнительно прилагаю следующие документы** (по собственной инициативе)**:**

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

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

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись заявителя)

*Заполняется специалистом, принимающим заявление:*

Заявление и другие документы на \_\_\_\_ листах принял «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Специалист \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) специалиста) (подпись специалиста)