ПРИЛОЖЕНИЕ

к решению

Ставропольской городской Думы

от 22 декабря 2016 г. № 47

[ПОРЯДОК](#Par58)

предоставления дополнительных мер социальной поддержки

семьям, воспитывающим детей в возрасте до 18 лет, больных целиакией

и (или) сахарным диабетом, не имеющих инвалидности

1. Настоящий Порядок предоставления дополнительных мер социальной поддержки семьям, воспитывающим детей в возрасте до 18 лет, больных целиакией и (или) сахарным диабетом, не имеющих инвалидности (далее – Порядок), устанавливает правила назначения и выплаты ежемесячного пособия семьям, воспитывающим детей в возрасте до 18 лет, больных целиакией и (или) сахарным диабетом, не имеющих инвалидности (далее – ежемесячное пособие).

2. Ежемесячное пособие предоставляется семьям, воспитывающим детей в возрасте до 18 лет, без учета среднедушевого дохода семьи на каждого рожденного, усыновленного, принятого под опеку (попечительство) ребенка, больного целиакией и (или) сахарным диабетом, не имеющего инвалидности.

3. Размер ежемесячного пособия составляет:

для семей, воспитывающих детей в возрасте до 18 лет, больных сахарным диабетом, не имеющих инвалидности, – 500 рублей;

для семей, воспитывающих детей в возрасте до 18 лет, больных целиакией, не имеющих инвалидности, – 1000 рублей.

Ежемесячное пособие назначается и выплачивается по заявлению одного из родителей (усыновителей, опекунов, попечителей) (далее – заявитель), при наличии у заявителя, воспитывающего ребенка в возрасте до 18 лет, больного целиакией и (или) сахарным диабетом, не имеющего инвалидности (далее – ребенок), регистрации по месту жительства на территории города Ставрополя, а при отсутствии у заявителя регистрации по месту жительства – регистрации по месту пребывания на территории города Ставрополя.

При наличии у семьи права на одновременное получение ежемесячного пособия по двум основаниям на ребенка, больного целиакией и сахарным диабетом, не имеющего инвалидности, ежемесячное пособие выплачивается в размере, указанном в абзаце третьем настоящего пункта.

4. Для назначения ежемесячного пособия представляются следующие документы:

[заявление](consultantplus://offline/ref=F4D626C79684DBF07151F34A023EB587AA145847D84197E673E5DADF48D5FC0701411DB588F1080E2ECB0F0707N) о назначении ежемесячного пособия семьям, воспитывающим детей в возрасте до 18 лет, больных целиакией и (или)

сахарным диабетом, не имеющих инвалидности (далее – заявление), по форме, приведенной в приложении к настоящему Порядку;

паспорт или иной документ, удостоверяющий личность заявителя;

свидетельство о рождении ребенка;

документ из медицинской организации, подтверждающий наличие у ребенка соответствующего диагноза;

один из документов, подтверждающих родственные отношения между ребенком и заявителем (в случае изменения фамилии, имени, отчества заявителя и (или) ребенка).

Для назначения ежемесячного пособия на ребенка, находящегося под опекой (попечительством), дополнительно представляется документ, подтверждающий установление над ребенком опеки (попечительства).

В случае представления указанных в настоящем пункте документов представителем заявителя, им также представляются документы, удостоверяющие его личность и подтверждающие его полномочия.

Заявителю или его представителю выдается расписка о получении заявления и прилагаемых к нему документов с указанием их перечня и даты получения, которая является отрывной частью заявления.

5. Финансирование расходов на выплату ежемесячного пособия осуществляется за счет средств бюджета города Ставрополя.

6. Решение о назначении (отказе в назначении) ежемесячного пособия принимается отраслевым (функциональным) органом администрации города Ставрополя в области социальной защиты отдельных категорий граждан на территории города Ставрополя (далее – уполномоченный орган) в течение пятнадцати рабочих дней со дня регистрации заявления и документов, предусмотренных [пунктом 4](#Par11) настоящего Порядка.

Уполномоченный орган уведомляет заявителя о принятом решении в течение трех рабочих дней со дня его принятия способом, указанным в заявлении.

7. В назначении ежемесячного пособия отказывается в случае:

отсутствия у заявителя регистрации по месту жительства на территории города Ставрополя или регистрации по месту пребывания на территории города Ставрополя;

наличия у ребенка инвалидности;

представления документов, предусмотренных [пунктом 4](#Par11) настоящего Порядка, не в полном объеме.

8. Выплата ежемесячного пособия осуществляется уполномоченным органом с первого числа месяца, в котором подано заявление и документы,   
указанные в [пункте 4](#Par11) настоящего Порядка, в случае принятия решения о назначении ежемесячного пособия.

9. Обстоятельства, влекущие прекращение выплаты ежемесячного пособия:

снятие заявителя с регистрационного учета по месту жительства на территории города Ставрополя или окончание срока регистрации по месту пребывания на территории города Ставрополя;

лишение заявителя родительских прав в отношении ребенка;

отстранение либо освобождение опекуна (попечителя) от исполнения им своих обязанностей в отношении ребенка;

передача ребенка, на которого назначено ежемесячное пособие, на полное государственное обеспечение (за исключением случая помещения в стационарное учреждение социального обслуживания населения при наличии социально-медицинских показаний);

достижение ребенком возраста 18 лет;

снятие диагноза о заболевании ребенка сахарным диабетом или целиакией;

установление ребенку инвалидности;

смерть ребенка.

Заявитель обязан письменно извещать уполномоченный орган о возникновении обстоятельств, влекущих прекращение выплаты ежемесячного пособия, за исключением обстоятельств, указанных в абзаце шестом настоящего пункта, в срок, не превышающий пяти рабочих дней со дня возникновения указанных обстоятельств.

При возникновении обстоятельств, влекущих прекращение выплаты ежемесячного пособия, его выплата прекращается с первого числа месяца, следующего за месяцем, в котором наступили такие обстоятельства.

10. Представление недостоверных сведений и документов, предусмотренных пунктом 4 настоящего Порядка, влечет ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

11. Сумма ежемесячного пособия, выплаченная заявителю   
вследствие его злоупотребления (представление документов с заведомо недостоверными сведениями, сокрытие данных, влияющих на   
право получения ежемесячного пособия), возмещается уполномоченному   
органу в порядке, определенном законодательством Российской Федерации.

ПРИЛОЖЕНИЕ

к Порядку предоставления дополнительных мер социальной поддержки семьям, воспитывающим детей в возрасте до 18 лет, больных целиакией и (или) сахарным диабетом, не имеющих инвалидности

Форма

В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование уполномоченного органа)

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

ЗАЯВЛЕНИЕ № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

о назначении ежемесячного пособия семьям, воспитывающим детей в возрасте до 18 лет, больных целиакией и (или) сахарным диабетом,   
не имеющих инвалидности

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество заявителя полностью)

проживающий (ая) в городе Ставрополе по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(адрес регистрации по месту жительства (пребывания) заявителя с указанием индекса)

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

(адрес фактического проживания заявителя с указанием индекса)

телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (по желанию заявителя),

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| паспорт или иной документ, удостоверяющий личность заявителя (нужное подчеркнуть) | дата рождения |  |
| серия, номер |  |
| дата выдачи |  |
| кем выдан |  |

Прошу назначить и выплатить ежемесячное пособие на ребенка (детей) в возрасте до 18 лет, больного (ых) целиакией и (или) сахарным диабетом, не имеющего (их) инвалидности (далее соответственно – ребенок, ежемесячное пособие) (нужное подчеркнуть):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия, имя, отчество ребенка | Дата рождения ребенка |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |

Для назначения ежемесячного пособия представляю следующие документы:

5

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование документа | Количество экземпляров |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |

Достоверность представленных сведений подтверждаю.

Прошу перечислять причитающееся мне ежемесячное пособие \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(номер счета и название кредитной организации)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Прошу уведомить меня о принятом решении посредством телефонной,

почтовой, электронной связи (нужное подчеркнуть).

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

(подпись заявителя или его представителя)

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

РАСПИСКА

о получении заявления о назначении ежемесячного пособия семьям, воспитывающим детей в возрасте до 18 лет, больных целиакией и (или) сахарным диабетом, не имеющих инвалидности, и прилагаемых к нему документов

Заявление и прилагаемые к нему документы от гражданина\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество полностью)

|  |  |
| --- | --- |
| № п/п | Перечень принятых документов |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 5. |  |

приняты «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

специалистом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(фамилия, имя, отчество полностью) (подпись)

регистрационный номер заявления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

телефон для справок \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.».

Управляющий делами

Ставропольской городской Думы Е.Н.Аладин