**2.38. Принятие решения о назначении пособия по уходу за инвалидом I группы либо лицом, достигшим 80-летнего возраста**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Служба, управление, отдел райисполкома, в который гражданин должен обратиться за получением консультации, сдачи и получения документов*** | **Служба «одно окно» Смолевичского райисполкома** г. Смолевичи, ул. Советская, д. 119тел. 801776-3-71-20, 142 |
| ***Управление, отдел райисполкома, служба, Ф.И.О. работника, ответственного за выполнение процедуры, адрес, номер телефона*** | ***Управление по труду, занятости и социальной защите Смолевичского райисполкома****г.Смолевичи, ул.Первомайская, 1а****Режим работы:*** *ежедневно кроме выходных дней* *с 8.00 до 8.30;* ***кабинет № 10, телефон 29 544****главный специалист отдела пенсионного обеспечения –* ***Вышинская Марина Петровна;****ежедневно кроме выходных дней с 8.30 до 17.00, перерыв с 13.00 до 14.00* ***кабинет № 1 телефон 29 496****главные специалисты отдела пенсионного обеспечения –* ***Молчан Светлана Михайловна******Петрович Екатерина Сергеевна******в период временного отсутствия:******кабинет № 1, телефон 29 495****заместитель начальника управления-начальник отдела пенсионного обеспечения –* ***Кулинкович Оксана Петровна*** |

**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, другого документа (решения), выдаваемых (принимаемого) при осуществлении административной процедуры -** на период ухода за инвалидом 1 группы либо лицом, достигшим 80-летнего возраста)

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

* ***Заявление***
* ***Паспорт*** *или иной документ, удостоверяющий личность*
* ***Трудовая книжка заявителя***
* ***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 государственным органом для осуществления административной процедуры**

 - ***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*** *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)*

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

Управление по труду, занятости и социальной защите

Смолевичского райисполкома

(наименование управления (отдела) по труду, занятости и социальной защите городского, районного исполнительного комитета, управления (отдела) социальной защиты местной администрации района в городе)

**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)

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

**Расписка-уведомление**

Заявление № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (регистрационный номер)

и другие документы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) заявителя)

принял \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата) (подпись работника, принявшего документы)

 **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 осуществляю предпринимательскую деятельность.

**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. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |

 (линия отреза)

------------------------------------------------------------------**Расписка-уведомление**

Заявление № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (регистрационный номер)

и другие документы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) заявителя)

принял \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата) (подпись работника, принявшего документы)