

Административная процедура

(Указ Президента Республики Беларусь от 26 апреля 2010г. № 200)

2.47.3. Принятие решения о досрочном распоряжении (отказе в досрочном распоряжении) средствами семейного капитала на получение платных медицинских услуг, оказываемых организациями здравоохранения

Предварительное консультирование (с 8.00 до 16.30 перерыв с 12.00 до 12.30, выходные дни – суббота, воскресенье) **осуществление указанной административной процедуры** выполняет Шкледа Екатерина Анатольевна специалист по социальной работе учреждения здравоохранения «Речицкая центральная районная больница», по адресу: г. Речица, ул.Трифонова, 119, кабинет юрисконсульта, телефон 4 46 37, во время ее отсутствия ответственным за выполнение данной процедуры является ведущий юрисконсульт учреждения здравоохранения «Речицкая центральная районная больница» Романова Юлия Анатольевна, (с 8.00 до 16.30 перерыв с 13.00 до 13.30, выходные дни– суббота, воскресенье), по адресу: г. Речица, ул. Трифонова, 119, тел. 4 46 37, кабинет юрисконсульта в здании гинекологического отделения.

Перечень документов, предоставляемых гражданином для осуществления административной процедуры специалистам службы «Одно окно» Речицкого районного исполнительного комитета по адресу:

г. Речица, пл.Октября, 2 (1 этаж):

Заявление;

паспорт гражданина Республики Беларусь или иной документ, удостоверяющий личность;

решение или копия решения (выписка из решения) о назначении семейного капитала;

заключение врачебно-консультационной комиссии государственной организации здравоохранения о нуждаемости в получении членом (членами) семьи платных медицинских услуг, оказываемых организациями здравоохранения, с указанием медицинской услуги (далее – заключение врачебно-консультационной комиссии государственной организации здравоохранения);

документ, удостоверяющий личность, и (или) свидетельство о рождении члена семьи, нуждающегося в получении платных медицинских услуг по заключению врачебно-консультационной комиссии государственной организации здравоохранения;

документы, удостоверяющие личность, и (или) свидетельства о рождении, выписки из решений суда об усыновлении (удочерении), о восстановлении в родительских правах или иные документы, подтверждающие включение в состав семьи гражданина, не учтенного в ее составе при назначении семейного капитала (представляются на детей, нуждающихся в получении платных медицинских услуг по заключению врачебно-консультационной комиссии государственной организации здравоохранения, если они не были учтены в составе семьи при назначении семейного капитала);

документы, подтверждающие родственные отношения членов семьи (свидетельство о рождении, свидетельство о браке, о перемене имени, выписка из решения суда об усыновлении (удочерении) и другие), – в случае изменения фамилии, собственного имени, отчества, даты рождения совершеннолетнего

члена семьи, обратившегося за досрочным распоряжением средствами семейного капитала, и (или) члена семьи, нуждающегося в получении платных медицинских услуг по заключению врачебно-консультационной комиссии государственной организации здравоохранения;

свидетельство о смерти либо справка органа загса, содержащая сведения из записи акта о смерти, копия решения суда об объявлении гражданина умершим, о признании его безвестно отсутствующим, копия решения суда о расторжении брака либо свидетельство о расторжении брака или иной документ, подтверждающий исключение из состава семьи гражданина, которому назначен семейный капитал, или невозможность его обращения, – в случае обращения совершеннолетнего члена семьи, не являющегося гражданином, которому назначен семейный капитал, или законного представителя несовершеннолетнего члена семьи, не относящегося к членам семьи;

Перечень самостоятельно запрашиваемых документов и (или) сведений, необходимых для осуществления административной процедуры, не включенных в перечень документов и (или) сведений, представляемых заинтересованными лицами (при желании эти документы гражданин может предоставить самостоятельно) в соответствии с Положением о порядке и условиях назначения, финансирования (перечисления), распоряжения и использования средств семейного капитала утвержденным постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 24.02.2015 № 128 «Об утверждении Положения о порядке и условиях назначения, финансирования (перечисления), распоряжения и использования средств семейного капитала»:

местными исполнительными и распорядительными органами в течение пяти календарных дней со дня поступления заявления о распоряжении средствами семейного капитала (в том числе досрочном) запрашиваются:

сведения об открытии счета (отдельного счета) по учету вклада (депозита) «Семейный капитал», если такие сведения отсутствуют в личном деле гражданина;

сведения о лишении родительских прав, об отмене усыновления (удочерения), отобрании ребенка (детей) из семьи по решению суда, отказе от ребенка (детей) – в отношении членов семьи, которые учтены при назначении семейного капитала в качестве родителей, усыновителей (удочерителей);

сведения о совершении умышленных тяжких или особо тяжких преступлений против человека;

иные документы и (или) сведения, необходимые для принятия решения о распоряжении (отказе в распоряжении) средствами семейного капитала (в том числе досрочном).

Срок осуществления административной процедуры	1 месяц со дня подачи заявления
Плата за осуществление административной процедуры	бесплатно
Срок действия решения	единовременно

Форма заявления, необходимого для обращения за осуществлением настоящей административной процедуры, порядок его заполнения приведены ниже.

Заполненное заявление подается по адресу: г. Речица, ул. Советская, 80, 1 этаж, служба «Одно окно».

Заявление

(дата)

Речицкий районный
исполнительный комитет

(Фамилия, Имя, Отчество (если таковое имеется))

Место жительства: _____

Документ, удостоверяющий
личность гражданина _____

тел. _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

о досрочном распоряжении средствами семейного капитала

1. Прошу предоставить право на досрочное распоряжение средствами семейного капитала, назначенного _____

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

дата рождения, идентификационный номер (при наличии) члена семьи, которому назначен семейный капитал)

(решение о назначении семейного капитала от _____ 20__ г. № _____
принято _____),

(наименование местного исполнительного и распорядительного органа, принявшего решение о назначении семейного капитала)

для получение членом (членами) семьи платных медицинских услуг,
оказываемых организациями здравоохранения, в отношении

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется), дата рождения, идентификационный номер (при наличии) члена (членов)

семьи, нуждающегося (нуждающихся) в получении платных медицинских услуг, оказываемых организациями здравоохранения,

вид медицинских услуг)

2. Сообщаю, что доли семейного капитала для досрочного распоряжения
средствами семейного капитала членам семьи

(указать нужное: выделены ранее или ранее не выделялись)

3. Сообщаю известные мне сведения о составе семьи на дату подачи
заявления:

Фамилия,	Степень	Число,	Идентификационный	Адрес
----------	---------	--------	-------------------	-------

собственное имя, отчество (если таковое имеется)	родства	месяц, год рождения	номер (при наличии)	регистрации по месту жительства (месту пребывания)

К заявлению прилагаю следующие документы:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____
- 6) _____

Об ответственности за представление недостоверных (поддельных) документов и (или) сведений либо ложной информации, непредставление документов и (или) сведений, влияющих на досрочное распоряжение средствами семейного капитала, предупреждена(ен).

В соответствии с Законом Республики Беларусь от 10 ноября 2008 г. № 455-З «Об информации, информатизации и защите информации» я даю согласие на сбор, обработку, хранения и пользование моих персональных данных. Даю согласие на запрос сведений об открытии счета (отдельного счета) по учету вклада (депозита) «Семейный капитал» в ОАО «АСБ «Беларусбанк»

О результатах рассмотрения настоящего заявления прошу уведомить меня по адресу: _____

_____ 20__ г. _____
(ФИО) (подпись)

Документы приняты

_____ 20__ г. № _____
(подпись) (ФИО, принявшего заявление)

**Наименование, место нахождения и режим работы вышестоящего
государственного органа:**

Вышестоящий государственный орган:

Речицкий районный исполнительный комитет

место нахождения: г. Речица, пл. Октября, 6

режим работы: понедельник-пятница

с 8.30 до 17.30 часов перерыв с 13.00 до 14.00