Приложение 3

к Административному регламенту министерства социально-демографической и семейной политики Самарской области по предоставлению государственной услуги «Предоставление компенсации стоимости проезда к месту лечения либо обследования в лечебно-профилактических учреждениях, находящихся в городских округах Самара, Тольятти, Новокуйбышевск, Сызрань, и обратно в пределах Самарской области на всех видах транспорта пригородного и междугородного сообщения лицам, нуждающимся в процедурах программного и перитониального диализа в связи с заболеванием почек, и сопровождающим указанных лиц из числа инвалидов первой группы»

Руководителю уполномоченного органа

от _____

Ф. И. О.

_____

проживающего (ей) по адресу: _____

индекс

Самарская область,

_____

_____

З А Я В Л Е Н И Е

Прошу предоставить компенсацию _____ _____

_____

(ФИО заявителя)

в связи с расходами на проезд к месту лечения (обследования) и обратно

Выплату компенсации производить через:

_____

Банк _____

на счет №

на имя _____

тел. контакта _____

паспорт: серия _____ № _____

выдан _____

_____ _____

Подпись Дата

Приложение 5
к Административному регламенту министерства социально-демографической и семейной политики Самарской области по предоставлению государственной услуги «Предоставление компенсации стоимости проезда к месту лечения либо обследования в лечебно-профилактических учреждениях, находящихся в городских округах Самара, Тольятти, Новокуйбышевск, Сызрань, и обратно в пределах Самарской области на всех видах транспорта пригородного и междугородного сообщения лицам, нуждающимся в процедурах программного и перитониального диализа в связи с заболеванием почек, и сопровождающим указанных лиц из числа инвалидов первой группы»

Бланк уполномоченного органа

При обращении заявителя в электронной форме

Заявителю_____,
проживающему по адресу:
_____
_____

Уведомление

о регистрации заявления и приостановлении его рассмотрения

от _____

Уведомляем Вас о том что_____
(наименование уполномоченного органа, в которое обратился заявитель)
принято Ваше заявление о предоставлении компенсации в связи с расходами на проезд к месту лечения либо обследования и обратно, направленное Вами в наш адрес в электронной форме.
Дата и порядковый номер регистрации Вашего заявления «____»_____г. № _____.

Рассмотрение Вашего заявления приостановлено. Для дальнейшего рассмотрения Вашего заявления Вы должны в срок до «___»_____г.
(указывается срок 20 дней со дня регистрации заявления)
представить непосредственно в уполномоченный орган на личном приеме следующие документы:

- паспорт или иной документ, удостоверяющий личность получателя;
- паспорт или иной документ, удостоверяющий личность ребенка в возрасте от 14 до 18 лет, или свидетельство о рождении ребенка в возрасте до 14 лет, если заявитель является законным представителем несовершеннолетнего получателя;
– справка из лечебно-профилактического учреждения, к которому получатель прикреплен для получения первичной медико-санитарной помощи, подтверждающая факт наличия заболевания.

Приём документов к зарегистрированному заявлению, направленному в электронной форме, осуществляется вне очереди.

Дополнительной сообщаем, что по истечении указанного выше срока отсутствие полного пакета документов, необходимых для предоставления компенсации, которые Вы должны представить самостоятельно, будет является основанием для отказа в предоставлении Вам государственной услуги.

Специалист _____ _____

(подпись) **(расшифровка подписи)**

Приложение 6

к Административному регламенту министерства социально-демографической и семейной политики Самарской области по предоставлению государственной услуги «Предоставление компенсации стоимости проезда к месту лечения либо обследования в лечебно-профилактических учреждениях, находящихся в городских округах Самара, Тольятти, Новокуйбышевск, Сызрань, и обратно в пределах Самарской области на всех видах транспорта пригородного и междугородного сообщения лицам, нуждающимся в процедурах программного и перитониального диализа в связи с заболеванием почек, и сопровождающим указанных лиц из числа инвалидов первой группы»

Форма решения о назначении компенсации

_____

(наименование уполномоченного органа)

О назначении компенсации

Дата заявления _____

_____

(фамилия, имя, отчество)

_____

(категория)

Адрес регистрации:

Лицевой код: Банковские реквизиты:

Назначить компенсацию в связи с расходами на проезд

Руководитель _____ _____

(подпись) **(расшифровка подписи)**

Специалист _____ _____

(подпись) **(расшифровка подписи)**

Специалист _____ _____

(подпись) **(расшифровка подписи)**

М.П.

Приложение 7
к Административному регламенту министерства социально-демографической и семейной политики Самарской области по предоставлению государственной услуги «Предоставление компенсации стоимости проезда к месту лечения либо обследования в лечебно-профилактических учреждениях, находящихся в городских округах Самара, Тольятти, Новокуйбышевск, Сызрань, и обратно в пределах Самарской области на всех видах транспорта пригородного и междугородного сообщения лицам, нуждающимся в процедурах программного и перитониального диализа в связи с заболеванием почек, и сопровождающим указанных лиц из числа инвалидов первой группы»

Форма решения об отказе в назначении компенсации

_____

наименование уполномоченного органа

Об отказе в назначении компенсации

«___»_____ 20__ г. № _____

На основании постановления Правительства Самарской области от от 05.09.2007 № 152 «О компенсации стоимости проезда к месту лечения либо обследования и обратно на всех видах транспорта пригородного и междугородного сообщения в пределах Самарской области отдельным категориям граждан, проживающих в Самарской области» отказать в предоставлении компенсации в связи с расходами на проезд к месту лечения (обследования) и обратно:

_____
Фамилия

_____
Имя, отчество

по причинам:

_____

_____
(причины, послужившие основанием для принятия решения об отказе)

Руководитель уполномоченного органа (уполномоченное лицо) _____ _____
(подпись) (расшифровка подписи)

Специалист _____ _____
(подпись) (расшифровка подписи)

Специалист _____ _____
(подпись) (расшифровка подписи)

МП

Приложение 8

к Административному регламенту министерства социально-демографической и семейной политики Самарской области по предоставлению государственной услуги «Предоставление компенсации стоимости проезда к месту лечения либо обследования в лечебно-профилактических учреждениях, находящихся в городских округах Самара, Тольятти, Новокуйбышевск, Сызрань, и обратно в пределах Самарской области на всех видах транспорта пригородного и междугородного сообщения лицам, нуждающимся в процедурах программного и перитониального диализа в связи с заболеванием почек, и сопровождающим указанных лиц из числа инвалидов первой группы»

_____

наименование уполномоченного органа

УВЕДОМЛЕНИЕ
об отказе в назначении компенсации

«___»_____ 20__ г. № _____

_____
(ФИО гражданина)

Решением _____
(наименование уполномоченного органа)

от «_____» _____ 20__г. Вам отказано в предоставлении компенсации в связи с расходами на проезд к месту лечения (обследования), предусмотренной постановлением Правительства Самарской области от 05.09.2007 № 152 «О компенсации стоимости проезда к месту лечения либо обследования и обратно на всех видах транспорта пригородного и междугородного сообщения в пределах Самарской области отдельным категориям граждан, проживающих в Самарской области» по следующим причинам:

_____

_____

(причины, послужившие основанием для принятия решения об отказе в предоставлении компенсационных выплат)

Приложение: решение об отказе в назначении компенсации.

Руководитель
уполномоченного органа
(уполномоченное лицо) _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

Специалист _____ **(подпись)** _____ **(расшифровка подписи)**

Специалист _____ **(подпись)** _____ **(расшифровка подписи)**

МП