Приложение

к Порядку

и условиям предоставления

проезда инвалидам,

а также детям-инвалидам,

страдающим заболеваниями почек,

нуждающимся по медицинским показаниям

в процедурах программного гемодиализа

и перитонеального диализа,

на автомобильном транспорте

пригородного

и междугородного сообщения,

на речном и железнодорожном

пассажирском транспорте

к месту проведения в пределах

Республики Коми

заместительной почечной терапии

и обратно

(в ред. Постановления Правительства РК от 15.11.2018 N 495)

(форма)

┌──────────┬───────────┐ ┌───────────────────────────────────────────┐

│N запроса │ │ │ │

└──────────┴───────────┘ └───────────────────────────────────────────┘

 (организация, обрабатывающая запрос

 на предоставление услуги)

 Данные заявителя (физического лица)

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия |  |
| Имя |  |
| Отчество |  |
| Дата рождения |  |

 Документ, удостоверяющий личность заявителя

|  |  |
| --- | --- |
| Вид |  |
| Серия |  | Номер |  |
| Выдан |  | Дата выдачи |  |

 Адрес регистрации заявителя

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Индекс |  | Регион |  |
| Район |  | Населенный пункт |  |
| Улица |  |
| Дом |  | Строение (корпус) |  | Квартира |  |

 Адрес места жительства заявителя

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Индекс |  | Регион |  |
| Район |  | Населенный пункт |  |
| Улица |  |
| Дом |  | Строение (корпус) |  | Квартира |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Контактные данные |  |
|  |

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 Прошу возместить расходы на проезд на автомобильном транспорте

пригородного и междугородного сообщения, на речном и железнодорожном

пассажирском транспорте к месту проведения в пределах Республики Коми

заместительной почечной терапии и обратно (далее - расходы на проезд)

(нужное подчеркнуть):

 мне, как лицу, являющемуся инвалидом, страдающим заболеваниями почек,

нуждающемуся по медицинским показаниям в процедурах программного

гемодиализа и перитонеального диализа;

 ребенку-инвалиду, страдающему заболеваниями почек, нуждающемуся по

медицинским показаниям в процедурах программного гемодиализа и

перитонеального диализа, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (фамилия, имя, отчество ребенка)

 В связи с проездом к месту проведения заместительной почечной терапии и

обратно с пересадками в течение одной поездки с одного вида транспорта на

другой, проезде в течение месяца разными видами транспорта (общественным,

личным, наемным) прошу для расчета суммы возмещения учесть соответствующие

положения Порядка и условий (подчеркнуть - при необходимости).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Маршрут следования | от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | через \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| В обратном направлении | от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | через \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

 Я предупрежден(а), что средства государственной услуги, предоставленные

неправомерно вследствие представления мною документов с заведомо неверными

сведениями, сокрытия данных, влияющих на назначение и выплату

государственной услуги или на исчисление ее размера, взыскиваются в

установленном законодательством порядке.

 Я согласен(на) на проведение проверки представленных мною сведений.

|  |  |
| --- | --- |
| Способ уведомления о принятом решении (нужное подчеркнуть) | а) при личном обращении в ГБУ РК "Центр попредоставлению государственных услуг в сфересоциальной защиты населения" илимногофункциональный центр предоставлениягосударственных и муниципальных услуг;б) почтовым отправлением;в) по адресу электронной почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. (указать электронный адрес) |
| Выплату прошу произвести через | организацию почтовой связи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| кредитную организацию \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_отделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ филиала \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_расчетный (лицевой) счет |
| кассу ГБУ РК "Центр по предоставлениюгосударственных услуг в сфере социальной защитынаселения" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование города, района) |

 Представлены следующие документы

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование документа | Количество листов | Оригинал/копия | Подлежит возврату |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |

 Место получения результата предоставления услуги

|  |  |
| --- | --- |
| Место получения результата предоставления услуги |  |
| Способ получения результата |  |

 Данные представителя (уполномоченного лица)

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия |  |
| Имя |  |
| Отчество |  |
| Дата рождения |  |

 Документ, удостоверяющий личность представителя

 (уполномоченного лица)

|  |  |
| --- | --- |
| Вид |  |
| Серия |  | Номер |  |
| Выдан |  | Дата выдачи |  |

 Адрес регистрации представителя (уполномоченного лица)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Индекс |  | Регион |  |
| Район |  | Населенный пункт |  |
| Улица |  |
| Дом |  | Строение (корпус) |  | Квартира |  |

 Адрес места жительства представителя (уполномоченного лица)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Индекс |  | Регион |  |
| Район |  | Населенный пункт |  |
| Улица |  |
| Дом |  | Строение (корпус) |  | Квартира |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Контактные данные |  |
|  |

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

 Дата Подпись/ФИО

------------------------------------------------------------------

 РАСПИСКА

 Заявление и документы гр.

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

 Заявление и документы гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на предоставление государственной услуги:

возмещение расходов на проезд на автомобильном транспорте пригородного и

междугородного сообщения, на речном и железнодорожном пассажирском

транспорте к месту проведения в пределах Республики Коми заместительной

почечной терапии и обратно

 принял специалист: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка подписи специалиста)

 Перечень представленных документов:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование документа | Количество листов | Оригинал/копия | Подлежит возврату |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Срок принятия решения |  |
| Контактный телефон |  |
| Режим работы |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Регистрационный N | Дата приема документа | Подпись (фамилия, инициалы) |
|  |  |  |