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 по  предоставлению государственных услуг в сфере  социальной защиты населения" или  многофункциональный центр предоставления  государственных 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 предоставлению  государственных услуг в сфере социальной защиты  населения" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (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) |
|  |  |  |