Приложение 2

к Порядку,

размерам и условиям

возмещения лицам,

страдающим онкологическими

заболеваниями, проживающим

в труднодоступных местностях

Республики Коми,

расходов на проезд к месту

обследования и лечения

онкологических заболеваний

в медицинские организации

Республики Коми,

оказывающие специализированную

онкологическую помощь,

и обратно

(в ред. Постановлений Правительства РК от 15.11.2018 N 495,

от 05.02.2019 N 50)

(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 (офис, кабинет) |  |

Адрес места жительства заявителя

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

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

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить государственную услугу:

возмещение расходов на проезд к месту обследования и лечения

онкологических заболеваний в медицинские организации Республики Коми,

оказывающие специализированную онкологическую помощь, и обратно (далее -

выплата)

Я предупрежден(а), что выплата, предоставленная неправомерно вследствие

представления мною документов с заведомо неверными сведениями, сокрытия

данных, влияющих на ее назначение и выплату или на исчисление ее размера,

взыскивается 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" (далее - центр) или  в многофункциональный центр предоставления  государственных и муниципальных услуг;  б) почтовым отправлением;  в) по адресу электронной почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  (указать электронный адрес) |
| Выплату прошу произвести через | а) организацию почтовой связи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| б) кредитную организацию \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  отделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ филиала \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  расчетный (лицевой) счет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| в) кассу центра \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Представлены следующие документы

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

|  |  |
| --- | --- |
| 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 (офис, кабинет) |  |

Адрес места жительства представителя (уполномоченного лица)

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

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

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

Дата Подпись/ФИО

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

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ

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

на предоставление государственной услуги возмещение расходов на проезд к

месту обследования и лечения онкологических заболеваний в медицинские

организации Республики Коми, оказывающие специализированную онкологическую

помощь, 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 ГБУ РК "Центр по предоставлению государственных услуг в сфере социальной защиты населения" |  |
| Режим работы |  |

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