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 попредоставлению государственных услуг в сфересоциальной защиты населения" (далее - центр) илив многофункциональный центр предоставлениягосударственных 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) |
|  |  |  |