



МИНИСТЕРСТВО СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ
ВЛАДИМИРСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

26.09.2024

О реализации постановления
Правительства Владимирской
области от 23.08.2024 № 516

№ 370

В целях реализации постановления Правительства Владимирской области от 23.08.2024 № 516 «О порядке предоставления ежемесячной денежной выплаты детям, страдающим целиакией» п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить форму заявления о предоставлении ежемесячной денежной выплаты детям, страдающим целиакией (далее – ежемесячная денежная выплата), согласно приложению.
2. Директорам государственных казенных учреждений социальной защиты населения:
 - организовать работу по осуществлению ежемесячной денежной выплаты;
 - обеспечить направление в Министерство социальной защиты населения Владимирской области сведений о произведенных расходах не позднее 5 рабочего дня каждого месяца, следующего за отчетным.
3. Начальнику отдела организации назначения детских пособий и социальных выплат:
 - обеспечить методическое сопровождение и ведение вопросов организации предоставления ежемесячной денежной выплаты;
 - осуществлять контроль за целевым расходованием средств областного бюджета, направленных на предоставление ежемесячной денежной выплаты;
 - обеспечить направление в Министерство финансов Владимирской области сводного отчета о произведенных расходах до 15 числа месяца, следующего за отчетным.
4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя Министра по курируемому направлению деятельности.

Л.Е. Кукушкина

Приложение
к приказу Министерства
социальной защиты населения
от 26.09.2014 № 389

Форма

В _____
(наименование учреждения социальной защиты
населения Владимирской области)
_____ Приложение
(фамилия, имя, отчество заявителя) _____
Паспорт серия _____ № _____ выдан _____
(орган, выдавший паспорт) _____ Форма
" " _____
дата выдачи _____
Проживающий по адресу: _____

(адрес места жительства с указанием индекса) _____
телефон: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ
о предоставлении ежемесячной денежной выплаты детям,
страдающим целиакией

Прошу предоставить мне ежемесячную денежную выплату на ребенка (детей),
страдающего (-их) целиакией _____

(фамилия, имя, отчество, дата рождения ребенка (детей))

Прошу выплачивать ежемесячную денежную выплату через финансово-кредитное
учреждение _____

(наименование и банковские реквизиты финансово-кредитного учреждения, номер лицевого
счета)

В случае наступления обстоятельств, влекущих прекращение ежемесячной денежной выплаты, обязуюсь известить учреждение социальной защиты населения не позднее 3 (трех) рабочих дней после их наступления.

Согласен(-на) на обработку персональных данных с целью предоставления мер социальной поддержки.

Перечень действий с персональными данными: ввод в базу данных, смешанная обработка, передача юридическим лицам на основании соглашений с соблюдением конфиденциальности передаваемых данных.

Срок и условия прекращения обработки персональных данных: ликвидация учреждения социальной защиты населения.

Порядок отзыва согласия на обработку персональных данных: на основании заявления субъекта персональных данных.

О результатах принятого решения прошу сообщить:

- устно _____
(подпись)

- письменно _____
(подпись)

- на адрес электронной почты _____
(подпись)

Дата	Подпись заявителя
Данные, указанные в заявлении, соответствуют документу, удостоверяющему личность	Подпись специалиста

(линия отреза)

Расписка-уведомление

Заявление гражданина _____

Регистрационный номер заявления	Принят	
	Дата приема заявления	Подпись специалиста