Приложение № 1

к технологической схеме

 В ТО МЗСиСБ Ульяновской области

по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ району

**Заявление № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.**

о предоставлении государственной услуги по назначению и выплате каждому родителю (опекуну, попечителю) многодетной семьи ежегодной денежной компенсации фактически произведённых расходов на оплату платных медицинских услуг, связанных с лечением стоматологических заболеваний, за исключением услуг
по косметологическому лечению и зубопротезированию

Фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства (пребывания)

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Состав семьи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование документа, удостоверяющего личность |  |
| Дата выдачи |  | Серия, номер документа |  |
| Кем выдан |  |
| Дата рождения |  | Место рождения |  |

 При подаче заявления мною представлены документы, подтверждающие право на получение ежегодной денежной компенсации фактически произведённыхрасходовна оплату платных медицинских услуг, связанных с лечением стоматологических заболеванийза исключением услуг по косметологическому лечению и зубопротезированию:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование документа | Серия, номер документа | Дата выдачи |
| Удостоверение |  |  |
| Справка |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Прошу назначить государственную услугу через отделение «Почта России», банковское учреждение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Даю согласие МЗСиСБ, ТО МЗСиСБ, предоставляющим государственную услугу (далее - оператор), в целях и объёме, необходимых для предоставления государственной услуги на обработку и использование моих персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении, а также иных данных, которые в соответствии с Законом Ульяновской области от 29.12.2005 № 154-ЗО «О мерах социальной поддержки многодетных семей на территории Ульяновской области», подлежат включению в регистр лиц, имеющих право на ежегодную компенсацию фактически произведённыхрасходовна оплату платных медицинских услуг, связанных с лечением стоматологических заболеванийза исключением услуг по косметологическому лечению и зубопротезированию.

В целях реализации моих прав на предоставление ежегодной денежной компенсации фактически произведённыхрасходовна оплату платных медицинских услуг, связанных с лечением стоматологических заболеванийза исключением услуг по косметологическому лечению и зубопротезированию, оператор вправе осуществлять сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование моих персональных данных в течение срока, необходимого для ведения регистра лиц, имеющих право на ежегодную денежную компенсацию фактически произведённыхрасходовна оплату платных медицинских услуг, связанных с лечением стоматологических заболеванийза исключением услуг по косметологическому лечению и зубопротезированию.

Отзыв настоящего согласия в случаях, предусмотренных Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», осуществляется на основании заявления, поданного оператору.

«\_\_\_\_» 20\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись гражданина

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

(линия отреза)

Расписка-уведомление о приёме документов

Заявление и документы, принятые от заявителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО заявителя)

 1) заявление \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 3) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 4) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документы в количестве \_\_\_\_\_\_\_\_ шт.

принял, проверил \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО специалиста)

рег. № заявления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата приёма документов \_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Приложение № 1.1

к технологической схеме

ОБРАЗЕЦ ЗАПОЛНЕНИЯ

 В ТО МЗСиСБ Ульяновской области

по Карсунскому району

**Заявление № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.**

о предоставлении государственной услуги по назначению и выплате каждому родителю (опекуну, попечителю) многодетной семьи ежегодной денежной компенсации фактически произведённых расходов на оплату платных медицинских услуг, связанных с лечением стоматологических заболеваний, за исключением услуг
по косметологическому лечению и зубопротезированию

Фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) Иванова Дарья Павловна

Адрес места жительства (пребывания) Ульяновская область, р.п. Карсун, ул. Тимирязева, д. 5, телефон 95-95-95

Состав семьи: 5 человек

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование документа, удостоверяющего личность |  паспорт |
| Дата выдачи |  05.05.1996 | Серия, номер документа | 73 09 1234 |
| Кем выдан | Отделом УФМС Карсунского района Ульяновской области |
| Дата рождения | 10.10.1976 | Место рождения | р.п. Карсун |

 При подаче заявления мною представлены документы, подтверждающие право на получение ежегодной денежной компенсации фактически произведённыхрасходовна оплату платных медицинских услуг, связанных с лечением стоматологических заболеванийза исключением услуг по косметологическому лечению и зубопротезированию:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование документа | Серия, номер документа | Дата выдачи |
| Удостоверение | М-5 123456 | 01.02.2001 |
| Справка |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Прошу назначить государственную услугу через отделение «Почта России», банковское учреждение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Даю согласие МЗСиСБ, ТО МЗСиСБ, предоставляющим государственную услугу (далее - оператор), в целях и объёме, необходимых для предоставления государственной услуги на обработку и использование моих персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении, а также иных данных, которые в соответствии с Законом Ульяновской области от 29.12.2005 № 154-ЗО «О мерах социальной поддержки многодетных семей на территории Ульяновской области», подлежат включению в регистр лиц, имеющих право на ежегодную компенсацию фактически произведённыхрасходовна оплату платных медицинских услуг, связанных с лечением стоматологических заболеванийза исключением услуг по косметологическому лечению и зубопротезированию.

В целях реализации моих прав на предоставление ежегодной денежной компенсации фактически произведённыхрасходовна оплату платных медицинских услуг, связанных с лечением стоматологических заболеванийза исключением услуг по косметологическому лечению и зубопротезированию, оператор вправе осуществлять сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование моих персональных данных в течение срока, необходимого для ведения регистра лиц, имеющих право на ежегодную денежную компенсацию фактически произведённыхрасходовна оплату платных медицинских услуг, связанных с лечением стоматологических заболеванийза исключением услуг по косметологическому лечению и зубопротезированию.

Отзыв настоящего согласия в случаях, предусмотренных Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», осуществляется на основании заявления, поданного оператору.

«05» апреля 2017 г. Иванова\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись гражданина

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

(линия отреза)

Расписка-уведомление о приёме документов

Заявление и документы, принятые от заявителя: Ивановой Д.П.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО заявителя)

1. заявление – 1 шт.
2. копия паспорта – 1 шт.
3. справка о заработной плате – 2 шт.
4. квитанции о расходах на оплату платных медицинских услуг, связанных с лечением стоматологических заболеваний – 3 шт.

Документы в количестве 7 шт.

принял, проверил Смирнова Л.И.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО специалиста)

рег. № заявления 37 Дата приёма документов 05.04.2017 Подпись Смирнова

Приложение № 2

к технологической схеме

Угловой штамп

 Адрес заявителя

**Распоряжение** **о предоставлении**

государственной услуги по назначению и выплате каждому родителю (опекуну, попечителю) многодетной семьи ежегодной денежной компенсации фактически произведённых расходов на оплату платных медицинских услуг, связанных
с лечением стоматологических заболеваний, за исключением услуг
по косметологическому лечению и зубопротезированию

Государственная услуга по назначению и выплате каждому родителю (опекуну, попечителю) многодетной семьи ежегодной денежной компенсации фактически произведённых расходов на оплату платных медицинских услуг, связанных с лечением стоматологических заболеваний, за исключением услуг по косметологическому лечению и зубопротезированию

гражданину\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
 (фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии)

регистрационные № заявления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ назначена.

Директор ТО МЗСиСБ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О.)

контактный телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 ( подпись) (дата)

Приложение № 2.1

к технологической схеме

Департамент Министерства здравоохранения, семьи и социального благополучия Ульяновской области по городу Ульяновску

Федерации ул., д. 60, г. Ульяновск, 432071

Тел./факс: (8422) 44-46-04

e-mail: CorUDSZN@bk.ru

ОКПО 87726085, ОГРН 1087325010013

ИНН/КПП 7325085923/732501001

 Иванову С.А.

Ул. Промышленная, д. 1, кв.1

г. Ульяновск, 4320063

**Распоряжение** **о предоставлении**

государственной услуги по назначению и выплате каждому родителю (опекуну, попечителю) многодетной семьи ежегодной денежной компенсации фактически произведённых расходов на оплату платных медицинских услуг, связанных
с лечением стоматологических заболеваний, за исключением услуг
по косметологическому лечению и зубопротезированию

Государственная услуга по назначению и выплате каждому родителю (опекуну, попечителю) многодетной семьи ежегодной денежной компенсации фактически произведённых расходов на оплату платных медицинских услуг, связанных с лечением стоматологических заболеваний, за исключением услуг по косметологическому лечению и зубопротезированию

гражданину\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Иванову Сергею Алексеевичу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
 (фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии)

регистрационные № заявления \_\_\_\_\_\_\_28\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_14.05.2016\_\_\_ назначена.

Директор ТО МЗСиСБ Сергеева Л.И.

 (Ф.И.О.)

контактный телефон 22-22-22

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 21.05.2016

 ( подпись) (дата)

Приложение № 3

к технологической схеме

Угловой штамп

 Адрес заявителя

**Уведомление об отказе**

в предоставлении государственной услуги по назначению и выплате каждому родителю (опекуну, попечителю) многодетной семьи ежегодной денежной компенсации фактически произведённых расходов на оплату платных медицинских услуг, связанных с лечением стоматологических заболеваний, за исключением услуг
по косметологическому лечению и зубопротезированию

Гражданину \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О.)

регистрационные № заявления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

отказано в предоставлении государственной услуги по назначению и выплате каждому родителю (опекуну, попечителю) многодетной семьи ежегодной денежной компенсации фактически произведённых расходов на оплату платных медицинских услуг, связанных с лечением стоматологических заболеваний, за исключением услуг по косметологическому лечению и зубопротезированию

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

 (причина отказа в предоставлении государственной услуги)

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

Перечень возвращаемых документов:

1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директор ТО МЗСиСБ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О.)

контактный телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 ( подпись) (дата)

Приложение № 3.1

к технологической схеме

Департамент Министерства здравоохранения, семьи и социального благополучия Ульяновской области по городу Ульяновску

Федерации ул., д. 60, г. Ульяновск, 432071

Тел./факс: (8422) 44-46-04

e-mail: CorUDSZN@bk.ru

ОКПО 87726085, ОГРН 1087325010013

ИНН/КПП 7325085923/732501001

 Петрову А.И.

Ул. Лесная, д. 1, кв.1

г. Ульяновск, 4320063

**Уведомление об отказе**

в предоставлении государственной услуги по назначению и выплате каждому родителю (опекуну, попечителю) многодетной семьи ежегодной денежной компенсации фактически произведённых расходов на оплату платных медицинских услуг, связанных с лечением стоматологических заболеваний, за исключением услуг
по косметологическому лечению и зубопротезированию

Гражданину Петрову Алексею Ивановичу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О.)

регистрационные № заявления \_\_\_\_\_\_46\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_05.02.2016\_\_\_

отказано в предоставлении государственной услуги по назначению и выплате каждому родителю (опекуну, попечителю) многодетной семьи ежегодной денежной компенсации фактически произведённых расходов на оплату платных медицинских услуг, связанных с лечением стоматологических заболеваний, за исключением услуг по косметологическому лечению и зубопротезированию

 отсутствие у заявителя на дату обращения права на предоставление ежегодной денежной компенсации фактически произведённых расходов на оплату платных медицинских услуг, связанных с лечением стоматологических заболеваний за исключением услуг по косметологическому лечению и зубопротезированию (п. 2.4 постановления Правительства Ульяновской области от 17.01.2007 № 9 «О реализации мер социальной поддержки многодетных семей на территории Ульяновской области»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (причина отказа в предоставлении государственной услуги)

Перечень возвращаемых документов:

1. копия паспорта

2. документы о доходах семьи

3. документы, подтверждающих фактические расходы на оплату платных медицинских услуг, связанных с лечением стоматологических заболеваний

Директор ТО МЗСиСБ Сергеева Л.И.

 (Ф.И.О.)

контактный телефон 22-22-22

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 12.02.2016

 ( подпись) (дата)

Приложение № 4

к технологической схеме

**Журнал**

**регистрации приёма для предоставления государственной услуги**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п  | Дата приёма  | Ф.И.О. | Адрес места жительства (регистрации) | Подпись специалиста, принявшего документы с отметкой о принятии документа | Результат обработки документов (назначение/отказ в назначении)\*  | № личного дела \*\* | Подпись специалиста, осуществившего обработку документов – Причина отказа | Дата передачи реестра в ТО МЗСиСБ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\* при консультировании гражданина ставится дата, кратко записывается суть консультации и ставится подпись гражданина и лица, проводившего консультирование

\*\* назначенного либо отказного

Приложение № 5

к технологической схеме

|  |
| --- |
| **Областное государственное казённое учреждение «Корпорация развития интернет-технологий – многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Ульяновской области»**(432063, г.Ульяновск)**Центр по предоставлению государственных и муниципальных услуг****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****(**наименование структурного подразделения)**РАСПИСКА** |
|
|  |
|  |
| Ф.И.О. заявителя, |
|  |
|  |
| документ, удостоверяющий личность, |
|  |
|  |
| проживающего по адресу |
|  |
| действующего на основании  |
| (заполняется при необходимости) |
|  |
| в получении документов:. |
|  | Предоставлены следующие документы: |
| **№****п/п** | **Наименование документа** | **Оригинал/копия** | **Кол-во экземпляров** |
| 1 |  |  |  |
| о чем в в реестр документов внесена запись №  |
| Обработка вышеуказанных персональных данных будет осуществляться путём смешанной обработки персональных данных (сбор, систематизация, хранение в течении 5 лет, передача в органы, участвующих при оказании вышеуказанной услуги). |
|
| **Специалист:** |  | **Заявитель:** |  |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись |  | Ф.И.О. |
| подпись сотрудника, принявшего документ |  | Ф.И.О. |  |  |
|  |  |
|  |
|  | Контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
|  |  |  |
|  | Дата выдачи расписки |  |
|  |  |  |
|  | Срок предоставления услуги |  |
| После оказания услуги документы выданы. |
|  | Ф.И.О. Подпись сотрудника выдавшего документ |  | Ф.И.О. Подпись лица, получившего документ |
| дата получения документа |

Приложение № 5.1

ОБРАЗЕЦ ЗАПОЛНЕНИЯ к технологической схеме

|  |
| --- |
| Областное государственное казённое учреждение «Корпорация развития интернет-технологий – многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Ульяновской области»(432063, г.Ульяновск, ул. Льва Толстого, д. 36/9)Центр по предоставлению государственных и муниципальных услугг.Ульяновск, Засвияжский район, ул. Промышленная, 54г РАСПИСКА |
|
|  |
| Иванов Иван Петрович |
| Ф.И.О. заявителя, |
|  |
| Паспорт гражданина Российской Федерации 7300 222222, 730-000, УВД Засвияжского района г.Ульяновска 02.02.2000 |
| документ, удостоверяющий личность, |
|  |
| Адрес регистрации: 432000, г. Ульяновск, ул. Рябикова, д.22, кв.222; |
| проживающего по адресу |
|  |
| действующего на основании  |
| (заполняется при необходимости) |
|  |
| в получении документов: Назначение и выплата каждому родителю (опекуну, попечителю) многодетной семьи ежегодной денежной компенсации фактически произведённых расходов на оплату платных медицинских услуг, связанных с лечением стоматологических заболеваний, за исключением услуг по косметологическому лечению и зубопротезированию |
|  | Предоставлены следующие документы: |
| **№****п/п** | **Наименование документа** | **Оригинал/копия** | **Кол-во экземпляров** |
| 1 | Заявление | Оригинал | 1 |
| 2 | Квитанции | Копия | 1 |
| 3 | Справка о регистрации по месту жительства | Оригинал | 1 |
| о чем 01.07.2017 в 14:00 в реестр документов внесена запись № 2222222-2017 |
| Обработка вышеуказанных персональных данных будет осуществляться путём смешанной обработки персональных данных (сбор, систематизация, хранение в течении 5 лет, передача в органы, участвующих при оказании вышеуказанной услуги). |
|
| **Специалист:** |  | **Заявитель:** |  |
|  |
|  | Семенова О.О. |  |
|  |  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись |  | Иванов И.П.Ф.И.О. |
| подпись сотрудника, принявшего документ |  | Ф.И.О. |  |  |
|  |  |
|  |
|  | Контактный телефон: +7(900)-111-01-11 |
|  |
|  | 01.07.2017 |  |
|  | Дата выдачи расписки |  |
|  | 11.07.2017 |  |
|  | Срок предоставления услуги |  |
| После оказания услуги документы выданы. |
|  | Ф.И.О. Подпись сотрудника выдавшего документ |  | Ф.И.О. Подпись лица, получившего документ |
| дата получения документа |
| Image00001.jpg |  |  |

Приложение № 6

к технологической схеме

|  |
| --- |
| **Реестр от \_\_.\_\_.20\_\_\_** |
| **Сведения о принятых комплектах документов от Областного государственного казённого учреждения «Корпорация развития интернет-технологий – многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Ульяновской области»****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(местонахождение центра по предоставлению государственных и муниципальных услуг) |  |
| в (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)(наименование органа, предоставляющего услугу)По услуге:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование услуги) |
| **№****п/п** | **Заявитель** | **Регистр.****номер** | **Дата получения** **документов** **в МФЦ** | **Документ принял** **специалист МФЦ** | **Примечание** |
| 1 |  |  |  |  |  |
|  |
| Передано на обработку комплектов документов в количестве штук.Представитель ОГКУ «Правительство для граждан» |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| (Дата) |  | (Подпись) |  | (Расшифровка подписи – ФИО) |  | (Наименование должности в организации) |
|  |
| Принято на обработку комплектов документов в количестве \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ штук. |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| (Дата) |  | (Подпись) |  | (Расшифровка подписи – ФИО) |  | (Наименование должности в организации) |
|  |
| Возвращено в ОГКУ «Правительство для граждан» комплектов документов, не соответствующих требованиям в количестве \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ штук. |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| (Дата) |  | (Подпись) |  | (Расшифровка подписи – ФИО) |  | (Наименование должности в организации) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Приложение № 6.1к технологической схеме**ОБРАЗЕЦ ЗАПОЛНЕНИЯ**

|  |
| --- |
| **Реестр 109 от 27.01.2017** |
| **Сведения о принятых комплектах документов от Областного государственного казённого учреждения «Корпорация развития интернет-технологий – многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Ульяновской области»****г.Ульяновск ул.Промышленная, д.54Г** |

 |
|  **г.Ульяновск ул.Промышленная, д.54Г** |  |
| по услуге: |
| Назначение и выплата каждому родителю (опекуну, попечителю) многодетной семьи ежегодной денежной компенсации фактически произведённых расходов на оплату платных медицинских услуг, связанных с лечением стоматологических заболеваний, за исключением услуг по косметологическому лечению и зубопротезированию (Наименование услуги) |
| (Министерство здравоохранения, семьи и социального благополучия Ульяновской области) |
|  |
| **№п/п** | **Заявитель** | **Регистр.номер** | **Дата получения документов в МФЦ** | **Документ принял специалист МФЦ** | **Примечание** |
| 1 | Айзапов Ренат Айдарович | 14950-2017 | 26.01.2017 | Чинякова А. А. |   |
| 2 | Кырпа Андрей Ярославович | 14910-2017 | 26.01.2017 | Рязяпова Л. Л. |   |
| 3 | Шарумов Эмиль Ринатович | 14943-2017 | 26.01.2017 | Максимова Л. Л. |   |
| Передано на обработку комплектов документов в количестве 3 штук.Представитель ОГКУ «Правительство для граждан» |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 27.01.2017 |  |   |  |  Иванов А.Н. |  | водитель-экспедитор |
| (Дата) |  | (Подпись) |  | (Расшифровка подписи – ФИО) |  | (Наименование должности в организации) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Принято на обработку комплектов документов в количестве \_\_\_\_\_\_3\_\_\_\_ штук. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 27.01.2017 |  |   |  |   |  Иванова М.В. |   |  | главный специалист |   |   |
| (Дата) |  | (Подпись) |  | (Расшифровка подписи – ФИО) |  | (Наименование должности в организации) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Возвращено в ОГКУ «Правительство для граждан» комплектов документов, не соответствующих требованиям в количестве \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ штук. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |  |   |  |   |   |   |  |   |   |   |
| (Дата) |  | (Подпись) |  | (Расшифровка подписи – ФИО) |  | (Наименование должности в организации) |

 Приложение № 7

к технологической схеме

Журнал выдачи результатов предоставления по государственной услуге

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п  | Дата выдачи документов | Ф.И.О.заявителя | Адрес места жительства (регистрации) | Государственная услуга | Результат предоставления услуги | Подпись заявителя |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

 «Назначение и выплата каждому родителю (опекуну, попечителю) многодетной семьи ежегодной денежной компенсации фактически произведённых расходов на оплату платных медицинских услуг, связанных с лечением стоматологических заболеваний, за исключением услуг по косметологическому лечению и зубопротезированию»

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