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](mailto: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](mailto: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 услуг  г.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 № 6.1  к 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»

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