

**В территориальный орган  
социальной защиты населения**

**ЗАЯВЛЕНИЕ № \_\_\_\_\_  
на предоставление государственной услуги**

Я, \_\_\_\_\_  
дата рождения \_\_\_\_\_  
место жительства \_\_\_\_\_  
гражданство \_\_\_\_\_  
документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_  
серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ когда и кем выдан \_\_\_\_\_

номер телефона \_\_\_\_\_ СНИЛС \_\_\_\_\_

**Заполняется в случае подачи заявления и документов законным представителем или  
доверенным лицом**

как законный представитель, доверенное лицо гражданина \_\_\_\_\_  
(нужное подчеркнуть)

дата рождения \_\_\_\_\_ гражданство \_\_\_\_\_

место жительства \_\_\_\_\_

место пребывания \_\_\_\_\_  
(заполняется в случае наличия регистрации по месту пребывания)

документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_

серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ когда и кем выдан \_\_\_\_\_

номер телефона \_\_\_\_\_ СНИЛС \_\_\_\_\_, от имени указанного  
гражданина:

**прошу в соответствии с Федеральным законом от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об  
иммунопрофилактике инфекционных болезней» назначить: государственное  
единовременное пособие, ежемесячную денежную компенсацию в связи с  
возникновением поствакцинального осложнения** (нужное подчеркнуть)

**по категории:**

лицо, у которого установлено наличие поствакцинального осложнения \_\_\_\_\_ да/нет

член семьи гражданина, умершего вследствие поствакцинального осложнения \_\_\_\_\_ да/нет

-----  
(линия отреза)

**Штамп (реквизиты ТО СЗН)**

**Расписка о приеме документов**

Заявление и документы на предоставление государственной услуги гр. \_\_\_\_\_  
поступившие \_\_\_\_\_

(от заявителя лично, в электронном виде, посредством почтовой связи)

Принял специалист: \_\_\_\_\_

(ФИО, должность)

телефон \_\_\_\_\_

Дата приема заявления и документов	Порядковый номер записи в Журнале регистрации заявлений граждан	Дата получения результата предоставления государственной услуги	Подпись специалиста

**2. Представляю документы согласно приложению к заявлению**

**№ 1**

### 3. Прошу денежные средства перечислять: \_\_\_\_\_

(указать наименование кредитной организации и номер счета или номер почтового отделения)

### 4. Уведомление о принятом решении прошу \_\_\_\_\_

(выдать на руки, направить почтовым отправлением, по электронной почте)

**5. Уведомлен**, что за сообщение умышленно ложных сведений или предъявление заведомо фальшивых документов, послуживших основанием для принятия решения о предоставлении мне государственной услуги, я несу ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации. Со статьей 159.2 "Мошенничество при получении выплат" Уголовного кодекса Российской Федерации ознакомлен

**6. Даю согласие** территориальному органу социальной защиты населения, филиалу областного государственного казенного учреждения «Центр по обеспечению деятельности территориальных органов социальной защиты населения» на обработку моих персональных данных, персональных данных моего ребенка, персональных данных подопечного (*нужное подчеркнуть*), в том числе сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу в Департамент социальной защиты населения Ивановской области), обезличивание, блокирование, уничтожение и любые другие действия (операции) с персональными данными с целью предоставления государственного единовременного пособия и (или) ежемесячной денежной компенсации.

Персональные данные, в отношении которых дается настоящее согласие, включают данные, указанные в заявлении и представленных документах.

Согласие действует с момента подачи настоящего заявления до моего письменного отзыва данного согласия.

**7. Уведомлен** о том, что в целях реализации права на получение ежемесячной денежной компенсации сведения обо мне, о моем ребенке, о подопечном (*нужное подчеркнуть*), будут передаваться Департаменту социальной защиты населения Ивановской области, Министерству труда и социальной защиты РФ, Министерству финансов Российской Федерации.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

\_\_\_\_\_  
(подпись заявителя)

Данные, указанные в заявлении, соответствуют документу, удостоверяющему личность	Подпись специалиста
Расписка о приеме документов получена	Подпись заявителя
Расписка о приеме документов направлена в электронном виде, посредством почтовой связи ( <i>нужное подчеркнуть</i> ) « ____ » _____ 20 ____ г. исх. № _____	Подпись специалиста

**Получатель выплаты** при возникновении обстоятельств, влекущих прекращение права на получение ежемесячной денежной компенсации: выезд на постоянное место жительства за пределы Ивановской области, окончание срока, на который установлена инвалидность вследствие поствакцинального осложнения, снятие группы инвалидности **обязан в течение 10 дней сообщить** о них в орган социальной защиты населения по месту жительства.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

\_\_\_\_\_  
(подпись заявителя)

### Перечень документов, необходимых для предоставления государственной услуги

Перечень документов, необходимых для назначения государственного единовременного пособия и (или) ежемесячной денежной компенсации	Количество документов (шт.)
<b>Перечень документов, обязанность по представлению которых возложена на заявителя</b>	
1. Документ, удостоверяющий личность заявителя	
2. В случае если обращается представитель заявителя:	доверенность на представителя заявителя
	документ, удостоверяющий личность представителя заявителя
3. Документы, подтверждающие факт поствакцинального осложнения:	заключение об установлении факта поствакцинального осложнения
	справка об инвалидности
	свидетельство о смерти
4. Документ(ы), подтверждающи(й)е родственные отношения с умершим получателем вследствие поствакцинального осложнения	
5. Письменное согласие всех совершеннолетних членов семьи гражданина, умершего вследствие поствакцинального осложнения	

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

\_\_\_\_\_ (подпись заявителя)

Полный комплект документов, необходимых для принятия решения о назначении государственного единовременного пособия и (или) ежемесячной денежной компенсации сформирован:

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

\_\_\_\_\_ (подпись специалиста)

-----  
(линия отреза)

**Напоминаем, что** при возникновении обстоятельств, влекущих прекращение права на получение ежемесячной денежной компенсации: выезд на постоянное место жительства за пределы Ивановской области, окончание срока, на который установлена инвалидность вследствие поствакцинального осложнения, снятие группы инвалидности **обязан в течение 10 дней сообщить** о них в орган социальной защиты населения по месту жительства.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

\_\_\_\_\_ (подпись заявителя)

Приложение 2 к заявлению  
на предоставление государственной услуги

Перечень документов (сведений), подлежащих межведомственному запросу в случае, если они не будут представлены заявителем самостоятельно	Количество документов (шт.)	Дата получения документа (информации) органом, ведущим прием документов
Для заявителей, получавших компенсационные выплаты, переехавших в Ивановскую область из других субъектов Российской Федерации, а также заявителей, получавших компенсационные выплаты, сменивших место жительства в пределах Ивановской области	информация территориального органа социальной защиты населения по прежнему месту жительства о неназначении (прекращении) компенсационных выплат	
В случае отсутствия сведений у органов, предоставляющих государственные или муниципальные услуги, организаций, участвующих в их предоставлении, о регистрации граждан по месту жительства	выписка из домовой (поквартирной) книги или иного документа, содержащего сведения о лицах, проживающих по данному адресу, выдаваемая бесплатно жилищно-строительными кооперативами, товариществами собственников жилья, иными уполномоченными организациями	
	справка о гражданах, зарегистрированных по месту жительства (пребывания), выдаваемой бесплатно жилищно-строительными кооперативами, товариществами собственников жилья, иными уполномоченными организациями	

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

\_\_\_\_\_  
(подпись заявителя)

Полный комплект документов, необходимых для принятия решения о назначении компенсационных выплат сформирован:

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

\_\_\_\_\_  
(подпись специалиста)

-----  
(линия отреза)

**Напоминаем, что при возникновении обстоятельств, влекущих прекращение права на получение ежемесячной денежной компенсации: выезд на постоянное место жительства за пределы Ивановской области, окончание срока, на который установлена инвалидность вследствие поствакцинального осложнения, снятие группы инвалидности **обязан в течение 10 дней сообщить** о них в орган социальной защиты населения по месту жительства.**

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

\_\_\_\_\_  
(подпись заявителя)

**Журнал регистрации заявлений граждан**

(наименование органа, учреждения, ведущего прием граждан)

№ п/п	Дата поступления заявления	Ф.И.О. заявителя/представителя заявителя	Дата рождения заявителя	Категория, к которой относится заявитель, по которой он обратился за получением государственной услуги	Адрес заявителя (место жительства, контактный телефон)	Вид государственной услуги, за которой обращается заявитель	Дата принятия решения	Информация о принятом решении (о предоставлении и либо отказе в предоставлении и государственной услуги)	Срок предоставления государственной услуги («с» и «по» для ежемесячной компенсационной выплаты либо единовременно для других компенсационных выплат)	Номер личного дела.	Ф.И.О. должностного лица, подпись
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

**Журнал запрошенных консультаций**

---

(наименование органа, учреждения, ведущего прием граждан)

№ п/п	Дата обращения	Ф.И.О. заявителя/представителя заявителя	Адрес	Контактный телефон	Содержание обращения	Ответ должен быть дан по телефону / в письменном виде/	Ф.И.О. должностного лица, давшего ответ	Дата представления ответа*
1	2	3	4	5	6	7	8	9

\*При желании заявителя получить консультацию по телефону, консультирование осуществляется не позднее дня, следующего за днем обращения за консультацией. При желании заявителя получить консультацию в письменном виде, консультирование осуществляется письменно в течение 5 рабочих дней со дня обращения за консультацией.

Приложение 4  
к Административному регламенту

**Журнал регистрации обращений граждан**

(наименование органа, учреждения, ведущего прием граждан)

№ п/п	Дата обращения	Ф.И.О. заявителя/представителя заявителя	Адрес	Содержание обращения	Результат	Требует ли обращение письменного ответа	Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8

Приложение 5  
к Административному регламенту

**Журнал предварительной записи граждан**

(наименование органа, учреждения, ведущего прием граждан)

№ п/п	Дата обращения	Ф.И.О. заявителя/представителя заявителя	Адрес	Назначаемая дата приема	Время приема	Номер кабинета	Причина обращения
1	2	3	4	5	6	7	8

---

(наименование органа)

**РЕШЕНИЕ от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_**  
**о назначении государственного единовременного пособия**

В соответствии с Федеральным законом от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»:

Гражданину \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество получателя)

номер карточки учёта \_\_\_\_\_

зарегистрированному по адресу: \_\_\_\_\_

назначить государственное единовременное пособие \_\_\_\_\_  
(указать наименование категории)

С \_\_\_\_\_  
в размере \_\_\_\_\_ руб.

Направление выплаты \_\_\_\_\_  
(наименование кредитной организации, банковский счёт получателя)

М.П. \_\_\_\_\_  
Руководитель территориального органа  
социальной защиты населения или лицо,  
уполномоченное на принятие решений \_\_\_\_\_

Решение подготовил \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (ФИО) (должность)

Решение проверил \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (ФИО) (должность)

\_\_\_\_\_  
(наименование органа)**РЕШЕНИЕ от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
о назначении ежемесячной денежной компенсации**

В соответствии с Федеральным законом от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» и постановлением Правительства РФ от 27.12.2000 №1013 "О Порядке выплаты государственных единовременных пособий и ежемесячных денежных компенсаций гражданам при возникновении у них поствакцинальных осложнений":

Гражданину \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество получателя)

номер карточки учёта \_\_\_\_\_

зарегистрированному по адресу: \_\_\_\_\_

назначить ежемесячную денежную компенсацию

с \_\_\_\_\_

по \_\_\_\_\_

в размере \_\_\_\_\_ руб.

Направление выплаты \_\_\_\_\_

(наименование кредитной организации, банковский счёт получателя)

М.П. \_\_\_\_\_  
Руководитель территориального органа  
социальной защиты населения или лицо,  
уполномоченное на принятие решений \_\_\_\_\_

Решение подготовил \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (ФИО) (должность)

Решение проверил \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (ФИО) (должность)

---

(наименование органа)

**РЕШЕНИЕ от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
об отказе в назначении государственного единовременного пособия и  
(или) ежемесячной денежной компенсации**

В соответствии с Федеральным законом от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» и постановлением Правительства РФ от 27.12.2000 №1013 «О Порядке выплаты государственных единовременных пособий и ежемесячных денежных компенсаций гражданам при возникновении у них поствакцинальных осложнений»

Гражданину \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество получателя)

зарегистрированному по адресу: \_\_\_\_\_

**отказать в назначении государственного единовременного пособия и (или) ежемесячной денежной компенсации на основании** \_\_\_\_\_  
(указать статью и наименование нормативного правового акта)

**по следующим причинам:** \_\_\_\_\_  
(указать причины)

---

М.П. \_\_\_\_\_  
Руководитель территориального органа  
социальной защиты населения или лицо,  
уполномоченное на принятие решений

Решение подготовил \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (ФИО) (должность)

Решение проверил \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (ФИО) (должность)

-----  
(линия отреза)

Штамп (реквизиты ТО СЗН)

**Уведомление о принятом решении**

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_  
(Адрес)

На основании Вашего заявления и представленных документов в соответствии с постановлением Правительства РФ от 27.12.2000 № 1013 "О Порядке выплаты государственных единовременных пособий и ежемесячных денежных компенсаций гражданам при возникновении у них поствакцинальных осложнений" **принято решение об отказе в назначении Вам государственного единовременного пособия и (или) ежемесячной денежной компенсации в связи** \_\_\_\_\_

**Информируем:** \_\_\_\_\_  
(указать причины)

Решение может быть обжаловано в досудебном (внесудебном) и судебном порядке.

Телефон руководителя территориального органа социальной защиты населения \_\_\_\_\_

Дополнительная информация о мерах социальной поддержки размещена на Портале государственных и муниципальных услуг - [pgu.ivanovoobl.ru](http://pgu.ivanovoobl.ru) и на сайте Департамента социальной защиты населения Ивановской области – [szn.ivanovoobl.ru](http://szn.ivanovoobl.ru).

Телефон бесплатной горячей линии Департамента социальной защиты населения Ивановской области: 8-800-100-16-60.

**Руководитель территориального органа  
социальной защиты населения или лицо,  
уполномоченное на принятие решений**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(наименование органа)**РЕШЕНИЕ от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
об изменении размера ежемесячной денежной компенсации  
в связи с ежегодной индексацией**

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» и \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(указать федеральный закон о федеральном бюджете на соответствующий финансовый год и плановый период, в котором указан прогнозируемый уровень инфляции)Гражданину \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество получателя)номер карточки учёта \_\_\_\_\_  
зарегистрированному по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(указать наименование компенсационной выплаты)

Предоставлять с учетом прогнозируемого уровня инфляции \_\_\_\_\_ (%)

с 01.01.20 \_\_\_\_\_  
по \_\_\_\_\_

в размере \_\_\_\_\_ руб.

Направление выплаты \_\_\_\_\_  
(банковский счёт получателя, кредитная организация)М.П. \_\_\_\_\_  
Руководитель территориального органа  
социальной защиты населения или лицо,  
уполномоченное на принятие решений \_\_\_\_\_Решение подготовил \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (ФИО) (должность)Решение проверил \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (ФИО) (должность)



Приложение 11  
к Административному регламенту

В территориальный орган  
социальной защиты населения

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
**на изменение выплатных реквизитов**

Я, \_\_\_\_\_  
дата рождения \_\_\_\_\_  
место жительства \_\_\_\_\_  
документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_  
серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ когда и кем выдан \_\_\_\_\_  
номер телефона \_\_\_\_\_

**Прошу ежемесячную денежную компенсацию перечислять** \_\_\_\_\_

(указать наименование кредитной организации и номер счета)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

\_\_\_\_\_ (подпись заявителя)

Данные, указанные в заявлении, соответствуют документу, удостоверяющему личность	Подпись специалиста
Расписка о приеме документов получена	Подпись заявителя
Расписка о приеме документов направлена в электронном виде, посредством почтовой связи (нужное подчеркнуть) « ____ » _____ 20 ____ г. исх. № _____	Подпись специалиста

-----  
(линия отреза)

**Штамп (реквизиты ТО СЗН)**

**Расписка о приеме документов**

Заявление на изменение выплатных реквизитов на предоставление ежемесячной денежной компенсации гр. \_\_\_\_\_  
поступившие \_\_\_\_\_

(от заявителя лично, в электронном виде, посредством почтовой связи)

Принял специалист: _____ (ФИО, должность)		
телефон _____		
Дата приема заявления и документов	Порядковый номер записи в Журнале регистрации заявлений граждан	Подпись специалиста

**Штамп (реквизиты ТО СЗН)**

№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. получателя)\_\_\_\_\_  
(адрес)**УВЕДОМЛЕНИЕ**  
о взыскании сумм излишне выплаченных получателю**Уважаемый(ая)**\_\_\_\_\_  
(имя, отчество заявителя указываются полностью)

В соответствии с \_\_\_\_\_

(указать ссылку на нормативный правовой акт)

В СВЯЗИ С \_\_\_\_\_

(указать события, повлекшие утрату права на выплату)

сумма излишне выплаченных Вам государственного единовременного пособия и (или) ежемесячной денежной компенсации за период с \_\_\_\_\_ 20\_\_ года по \_\_\_\_\_ 20\_\_ года подлежит возврату в доход бюджета.

Предлагаем Вам добровольно возвратить денежные средства в сумме \_\_\_\_\_ руб. (\_\_\_\_\_)

(сумма прописью)

по указанным ниже реквизитам в течение месяца с момента получения данного уведомления и предоставить квитанции об оплате по адресу: \_\_\_\_\_ ул. \_\_\_\_\_, дом \_\_\_\_\_, каб. \_\_\_\_\_

Реквизиты для перечисления:

Наименование получателя платежа: \_\_\_\_\_  
(ФКУ \_\_\_\_\_ л/сч \_\_\_\_\_)

ИНН \_\_\_\_\_ КПП \_\_\_\_\_

номер счета получателя платежа (р/сч): \_\_\_\_\_

Наименование банка: ГРКЦ ГУ Банка России по Ив.обл.

БИК \_\_\_\_\_

Возврат денежных средств на л/с \_\_\_\_\_, ТС: \_\_\_\_\_

В случае отказа от добровольного возврата указанной суммы

\_\_\_\_\_  
(наименование территориального органа социальной защиты населения)

будет производить взыскание в судебном порядке.

Разъяснения по форме и сроку оплаты Вы можете получить по вышеуказанному адресу или по телефону \_\_\_\_\_

Начальник территориального органа  
социальной защиты населения \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

**Реестр**  
**удержаний излишне выплаченных сумм**  
**государственного единовременного пособия и (или) ежемесячной денежной**  
**компенсации гражданам, у которых установлено наличие поствакцинального**  
**осложнения, членам семьи гражданина в случае его смерти, наступившей**  
**вследствие поствакцинального осложнения**  
**в отделе (управлении) социальной защиты населения \_\_\_\_\_**  
**на 20 \_\_ год**  
**(возможно ведение в электронном виде)**

№ п / п	Ф.И.О получателя	Адрес получателя	Категори я получате ля	Размер предоста вляемой выплаты	Дата и номер решения об удержании	За какое время выявлена переплат а (с ____ по ____)	Сумма переплаты подлежащая взысканию	Размер удержан ия % и месячная сумма к удержан ию	Сумма не взысканной переплаты на начало года	Отметки об удержанных и поступивших в погашение переплат суммах					
										январь		февраль		март и т.д.*	
										удержан о при выплате	поступлени е на счет казначейств а	удержан о при выплате	поступле ние на счет казначей ства		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16