

Руководителю
государственного казенного учреждения
Архангельской области «Архангельский
областной центр социальной защиты
населения»

от _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

адрес места жительства (места пребывания)
на территории Архангельской области:

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня,
проспект, улица, дом, корпус, квартира)

номер контактного телефона _____

З А Я В Л Е Н И Е

**о назначении денежной выплаты для оплаты проезда
в государственное бюджетное учреждение здравоохранения
Архангельской области «Архангельская областная детская
клиническая больница им. П.Г. Выжлецова»**

Прошу в соответствии с областным законом от 22 февраля 2022 года
№ 513-32-ОЗ «О социальной поддержке детей с онкологическими заболеваниями
в Архангельской области» назначить денежную выплату на проезд
в государственное бюджетное учреждение здравоохранения Архангельской
области «Архангельская областная детская клиническая больница
им. П.Г. Выжлецова» (далее – Архангельская ОДКБ) и обратно для оказания
специализированной медицинской помощи несовершеннолетнему ребенку,
законным представителем которого я являюсь на основании _____

(реквизиты договора о приемной семье, с кем и когда заключен – при обращении приемного родителя;
реквизиты решения (акта) органа опеки и попечительства о назначении ребенку опекуна (попечителя) –
при обращении опекуна (попечителя)

Сведения о заявителе

Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при наличии) _____

СНИЛС _____

Сведения о документе,
удостоверяющем личность
(вид, дата выдачи, реквизиты)

Дата рождения (дд.мм.гггг)

Адрес места жительства

Сведения о несовершеннолетнем ребенке

Фамилия

Имя

Отчество (при наличии)

СНИЛС

Сведения о документе,
удостоверяющем личность
(вид, дата выдачи, реквизиты)

Дата рождения (дд.мм.гггг)

Адрес места жительства

Дата поступления
в Архангельскую ОДКБ

Прошу перечислять денежную выплату на счет № _____

(сведения о реквизитах счета, открытого в российской кредитной организации)

Уведомления о принимаемых решениях в ходе предоставления мне права на денежную выплату прошу направлять:

1) о назначении денежной выплаты, об изменении размера денежной выплаты:

через мобильное приложение «Соцзащита»;

на адрес электронной почты: _____;

посредством СМС-сообщения на номер телефона:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 ;

иными способами _____.

2) об отказе в назначении денежной выплаты:

на адрес электронной почты _____;

иными способами _____.

Я подтверждаю, что по указанному мной в настоящем согласии номеру мобильного телефона отсутствует блокировка на входящие СМС-сообщения с коротких номеров и буквенных адресатов _____.

(подпись)

С момента поступления на указанный мной в настоящем согласии номер мобильного телефона соответствующего СМС-сообщения я считаюсь уведомленным (извещенным) _____.
(подпись)

В случаях изменения сведений, указанных в настоящем заявлении, отсутствии необходимости оказания специализированной медицинской помощи, а также изменения места жительства (места пребывания) меня или моего несовершеннолетнего ребенка обязуюсь сообщить об этом в государственное учреждение не позднее 10 дней со дня наступления перечисленных обстоятельств.

Достоверность и полноту настоящих сведений подтверждаю.

(подпись)
«___» _____ Г.
(дата)

(расшифровка подписи)

СОГЛАСИЕ
на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

действующий(ая) за себя, от имени ребенка (детей) _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) несовершеннолетнего)

(реквизиты документа, удостоверяющего личность несовершеннолетнего (серия, номер, дата выдачи, орган, выдавший документ), указываются в соответствии с реквизитами свидетельства о рождении ребенка, не достигшего 14 лет, паспорта несовершеннолетнего, достигшего возраста 14 лет)

законным представителем которого (которых) являюсь, в целях предоставления денежной выплаты на проезд к месту получения специализированной медицинской помощи и обратно в соответствии с Порядком предоставления меры социальной поддержки нуждающимся в специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи несовершеннолетним детям с онкологическими заболеваниями, включенными в рубрики С00 – С97 Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр), утвержденным постановлением Правительства Архангельской области от 12 октября 2012 года № 464-пп, на представление сведений о количестве оказанных государственным бюджетным учреждением здравоохранения Архангельской области «Архангельская областная детская клиническая больница им. П.Г. Выжлецова» услуг по предоставлению специализированной медицинской помощи, необходимых для расчета денежной выплаты, предоставляемой государственным казенным учреждением Архангельской области «Архангельский областной центр социальной защиты населения», в государственное учреждение здравоохранения Архангельской области «Архангельская областная детская клиническая больница им. П.Г. Выжлецова», расположенное по адресу: Архангельская область, г. Архангельск, Обводный канал, д. 7, о себе и ребенке (детях), законным представителем которого (которых) являюсь, в соответствии с пунктом 3 статьи 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» _____.

(согласен/не согласен)

Настоящее согласие действует со дня его подписания.

(подпись)

(расшифровка подписи)

«___» _____ Г.
(дата)

Примечание. Согласие на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в отношении несовершеннолетних подписывают их законные представители.

Заполняется специалистом государственного учреждения
социальной защиты населения Архангельской области

Заявление принял специалист

(подпись)

(расшифровка подписи)

Регистрационный № _____ «___» _____ 20__ г.

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ

(выдается заявителю)

Заявление и документы гражданина _____
принял специалист _____

Регистрационный № _____ «___» _____ 20__ г.

СОГЛАСИЕ
на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

действующий(ая) за себя, от имени ребенка (детей) _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) несовершеннолетнего)

(реквизиты документа, удостоверяющего личность несовершеннолетнего (серия, номер, дата выдачи, орган, выдавший документ), указываются в соответствии с реквизитами свидетельства о рождении ребенка, не достигшего 14 лет, паспорта несовершеннолетнего, достигшего возраста 14 лет)

законным представителем которого (которых) являюсь, в целях предоставления денежной выплаты на проезд к месту получения специализированной медицинской помощи и обратно в соответствии с Порядком предоставления меры социальной поддержки нуждающимся в специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи несовершеннолетним детям с онкологическими заболеваниями, включенными в рубрики С00 – С97 Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр), утвержденным постановлением Правительства Архангельской области от 12 октября 2012 года № 464-пп, на представление сведений о количестве оказанных государственным бюджетным учреждением здравоохранения Архангельской области «Архангельская областная детская клиническая больница им. П.Г. Выжлецова» услуг по предоставлению специализированной медицинской помощи, необходимых для расчета денежной выплаты, предоставляемой государственным казенным учреждением Архангельской области «Архангельский областной центр социальной защиты населения», в государственное казенное учреждение Архангельской области «Архангельский областной центр социальной защиты населения, расположенное по адресу: Архангельская область, г. Архангельск, ул. Гайдара, д. 4, корп. 1, о себе и ребенке (детях), законным представителем которого (которых) являюсь, в соответствии с пунктом 3 статьи 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» _____.

(согласен/не согласен)

Настоящее согласие действует со дня его подписания.

(подпись)

(расшифровка подписи)

« ____ » _____ Г.
(дата)

Примечание. Согласие на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в отношении несовершеннолетних подписывают их законные представители.

Заполняется специалистом государственного учреждения
социальной защиты населения Архангельской области

Заявление принял специалист

(подпись)

(расшифровка подписи)

Регистрационный № _____ « ____ » _____ 20__ г.

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ

(выдается заявителю)

Заявление и документы гражданина _____
принял специалист _____

Регистрационный № _____ « ____ » _____ 20__ г.