

Приказ Департамента труда и социального развития Воронежской области от 5 сентября 2013 г. N 2995/ОД "Об утверждении Порядка распоряжения средствами регионального материнского капитала на получение платных медицинских услуг ребенком (детьми) в медицинских организациях на территории Российской Федерации, имеющих право на осуществление медицинской деятельности" (с изменениями и дополнениями)

С изменениями и дополнениями от:

С изменениями и дополнениями от:

20 мая, 8 декабря 2014 г., 21 мая 2015 г.

В соответствии с [Законом](#) Воронежской области от 14.11.2008 N 103-ОЗ "О социальной поддержке отдельных категорий граждан в Воронежской области" приказываю:

1. Утвердить прилагаемый [Порядок](#) распоряжения средствами регионального материнского капитала на получение платных медицинских услуг ребенком (детьми) в медицинских организациях на территории Российской Федерации, имеющих право на осуществление медицинской деятельности.

2. Определить казенные учреждения Воронежской области "Управление социальной защиты населения" районов и казенное учреждение Воронежской области "Управление социальной защиты населения" г. Нововоронежа (далее - КУ ВО "УСЗН" районов) уполномоченными организациями, ответственными за распоряжение средствами регионального материнского капитала на получение платных медицинских услуг ребенком (детьми) в медицинских организациях на территории Российской Федерации, имеющих право на осуществление медицинской деятельности.

3. Ответственность за нецелевое использование средств и за недостоверность отчетных данных несут КУВО "УСЗН" районов.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя руководителя департамента Кузнецова В.Н.

Руководитель департамента

Н.И. Самойлюк

**Порядок
распоряжения средствами регионального материнского капитала на получение платных
медицинских услуг ребенком (детьми) в медицинских организациях на территории
Российской Федерации, имеющих право на осуществление медицинской деятельности
(утв. [приказом](#) департамента труда и социального развития Воронежской области
от 5 сентября 2013 г. N 2995/ОД)**

С изменениями и дополнениями от:

С изменениями и дополнениями от:

20 мая, 8 декабря 2014 г., 21 мая 2015 г.

*Информация об изменениях: [Приказом](#) Департамента социальной защиты Воронежской области от 8 декабря 2014 г. N 3422/ОД в раздел 1 настоящего Порядка внесены изменения, [вступающие в силу](#) по истечении 10 дней со дня [официального опубликования](#) названного приказа
[См. текст раздела в предыдущей редакции](#)*

1. Общие положения

Настоящий Порядок устанавливает виды расходов, на которые могут быть направлены средства регионального материнского капитала для получения платных медицинских услуг ребенком (детьми), порядок подачи заявления о распоряжении средствами регионального материнского капитала и перечень документов, необходимых для рассмотрения заявления, а также порядок и сроки перечисления средств регионального материнского капитала.

Средства регионального материнского капитала в полном объеме или частично могут быть направлены на:

- получение восстановительного, реабилитационного, операционного лечения детей в возрасте до 18 лет за счет областного бюджета сверх объемов, предусмотренных программой государственных

гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Российской Федерации (далее - лечение), в любой медицинской организации на территории Российской Федерации, имеющей право на оказание соответствующих медицинских услуг;

- на закупку расходных материалов (имплантаты, протезы, конструкции импортного производства) для проведения реконструктивных оперативных вмешательств у детей с врожденными дефектами развития опорно-двигательного аппарата, аномалиями развития головного мозга и других органов.

Заявление о распоряжении может быть подано в любое время но истечении двух лет со дня рождения (усыновления) третьего ребенка или последующих детей.

Средства регионального материнского капитала перечисляются не позднее чем через 2 месяца с даты принятия заявления о распоряжении средствами регионального материнского капитала, с учетом сроков, определенных договором на оказание платных медицинских услуг.

2. Документы, необходимые для распоряжения средствами регионального материнского капитала

2.1. Лица, получившие сертификат на региональный материнский капитал, вправе лично либо через законного представителя обратиться в КУВО "УСЗП" района Воронежской области по месту жительства с заявлением о распоряжении средствами регионального материнского капитала (далее - заявление) со всеми необходимыми документами.

Информация об изменениях: [Приказом](#) Департамента социальной защиты Воронежской области от 8 декабря 2014 г. N 3422/ОД пункт 2.2 раздела 2 настоящего Порядка изложен в новой редакции, вступающей в силу по истечении 10 дней со дня [официального опубликования](#) названного приказа

[См. текст пункта в предыдущей редакции](#)

2.2. Для направления средств регионального материнского капитала на получение лечения ребенком (детьми) лицо, имеющее сертификат на региональный материнский капитал, представляет:

- 1) документ, удостоверяющий личность и место жительства лица, получившего сертификат;
- 2) сертификат (дубликат сертификата) на региональный материнский капитал;
- 3) выписку из амбулаторной карты больного с обоснованием назначения;
- 4) копию лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданную медицинской организацией;
- 5) копию договора на оказание платных медицинских услуг;
- 6) свидетельство о рождении ребенка (детей), нуждающегося в получении платных медицинских услуг;
- 7) свидетельство о рождении ребенка, в связи с рождением которого возникло право на получение (распоряжение) сертификата на региональный материнский капитал.

Размер средств, направляемых на оплату обязательств по договору на оказание платных медицинских услуг, не может превышать цену договора и размер регионального материнского капитала.

Средства регионального материнского капитала на получение лечения ребенком (детьми) перечисляются в безналичном порядке на счет медицинской организации, указанный в договоре на оказание платных медицинских услуг.

Информация об изменениях: [Приказом](#) Департамента социальной защиты Воронежской области от 8 декабря 2014 г. N 3422/ОД пункт 2.3 раздела 2 настоящего Порядка изложен в новой редакции, вступающей в силу по истечении 10 дней со дня [официального опубликования](#) названного приказа

[См. текст пункта в предыдущей редакции](#)

2.3. В случае направления средств регионального материнского капитала на закупку расходных материалов (имплантаты, протезы, конструкции импортного производства) для проведения реконструктивных оперативных вмешательств у детей с врожденными дефектами развития опорно-двигательного аппарата, аномалиями развития головного мозга и других органов лицо, имеющее сертификат, представляет:

- 1) документ, удостоверяющий личность и место жительства лица, получившего сертификат;
- 2) сертификат (дубликат сертификата) на региональный материнский капитал;
- 3) выписку из амбулаторной карты ребенка (детей) с обоснованием назначения и необходимости закупки данных медицинских средств;
- 4) счет на оплату;

5) свидетельство о рождении ребенка (детей), нуждающегося в получении платных медицинских услуг;

6) свидетельство о рождении ребенка, в связи с рождением которого возникло право на получение (распоряжение) сертификата на региональный материнский капитал.

Если средства регионального материнского капитала направляются на компенсацию затрат, понесенных лицом, имеющим сертификат, на закупку расходных материалов (имплантаты, протезы, конструкции импортного производства) для проведения реконструктивных оперативных вмешательств у детей с врожденными дефектами развития опорно-двигательного аппарата, аномалиями развития головного мозга и других органов, лицо, имеющее сертификат, представляет:

1) документ, удостоверяющий личность и место жительства лица, получившего сертификат;

2) сертификат (дубликат сертификата) на региональный материнский капитал;

3) выписку из амбулаторной карты ребенка (детей) с обоснованием назначения и необходимости закупки данных медицинских средств;

4) копию лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданную медицинской организации;

5) платежный документ, подтверждающий понесенные расходы на закупку необходимых средств;

6) свидетельство о рождении ребенка (детей), нуждающегося в получении платных медицинских услуг;

7) свидетельство о рождении ребенка, в связи с рождением которого возникло право на получение (распоряжение) сертификата на региональный материнский капитал.

3. Порядок распоряжения (отказа в распоряжении) регионального материнского капитала

3.1. Днем обращения с заявлением о распоряжении средствами регионального материнского капитала считается день приема в КУВО "УСЗН" района заявления (по форме согласно [приложению N 1](#) к настоящему Порядку) со всеми необходимыми документами.

После приема заявления с приложением всех необходимых документов в течение трех дней КУВО "УСЗН" района направляет запросы в органы и организации, в распоряжении которых имеется следующая информация:

а) о лишении родительских прав в отношении ребенка, в связи с рождением которого возникло право на дополнительные меры государственной поддержки;

б) об отмене усыновления ребенка, в связи с усыновлением которого возникло право на дополнительные меры государственной поддержки;

в) об ограничении в родительских правах в отношении ребенка, в связи с рождением которого возникло право на дополнительные меры государственной поддержки;

г) об отобрании ребенка, в связи с рождением которого возникло право на дополнительные меры государственной поддержки;

д) о совершении в отношении своего ребенка (детей) умышленного преступления, относящегося к преступлениям против личности.

3.2. Решение о распоряжении средствами регионального материнского капитала (по форме согласно [приложению N 2](#) к настоящему Порядку) либо об отказе в распоряжении средствами регионального материнского капитала (по форме согласно [приложению N 3](#) к настоящему Порядку) принимается КУВО "УСЗН" района на основе всестороннего, полного и объективного рассмотрения всех представленных документов в течение 30 дней с даты их получения. После вынесения соответствующего решения, в течение пяти дней КУВО "УСЗН" района направляет заявителю уведомление о принятом решении.

3.3. Основаниями для отказа в распоряжении средствами регионального материнского капитала являются:

1) прекращение у лица, имеющего сертификат, права на пользование средствами регионального материнского капитала в случаях:

- смерти (объявления в установленном федеральным законодательством порядке умершим);

- признания недееспособным, ограниченно дееспособным;

- ограничения в родительских правах в отношении ребенка, в связи с рождением которого возникло право на дополнительные меры социальной поддержки;

- лишения родительских прав в отношении ребенка, в связи с рождением которого возникло право на дополнительные меры социальной поддержки;

- отмены усыновления ребенка, в связи с усыновлением которого возникло право на

дополнительные меры социальной поддержки;

- отобрания ребенка, в связи с рождением которого возникло право на дополнительные меры социальной поддержки;

- совершения в отношении своего ребенка (детей) умышленного преступления, относящегося к преступлениям против личности;

- 2) непредставление заявителем документов, указанных в [разделе 2](#) настоящего Порядка;

- 3) указание в заявлении о распоряжении средствами регионального материнского капитала, направления, не предусмотренного областным законодательством;

- 4) указание в заявлении суммы (ее частей в совокупности), превышающей полный объем средств, которыми вправе распорядиться лицо, получившее сертификат;

- 5) выявление в заявлении и (или) в представленных документах недостоверных сведений;

- 6) обращение за распоряжением средствами регионального материнского капитала до достижения ребенком, в связи с рождением которого возникло право на получение (распоряжение) сертификата на региональный материнский капитал возраста двух лет.

В случае отказа в распоряжении средствами регионального материнского капитала КУВО "УСЗН" района не позднее чем через 5 дней со дня вынесения соответствующего решения извещает об этом заявителя с указанием причин отказа и порядка обжалования вынесенного решения и одновременно подлинники документов возвращает гражданину.

3.4. Проверка достоверности сведений, содержащихся в представленных документах, осуществляется путем их сопоставления с информацией, полученной от компетентных органов или организаций, выдавших документ (документы), а также полученной иными способами, разрешенными федеральным законодательством.

Информация об изменениях: [Приказом](#) Департамента социальной защиты Воронежской области от 8 декабря 2014 г. N 3422/ОД пункт 3.5 раздела 3 настоящего Порядка изложен в новой редакции, вступающей в силу по истечении 10 дней со дня [официального опубликования](#) названного приказа

См. текст пункта в предыдущей редакции

3.5. Заявление о распоряжении средствами регионального материнского капитала, поданное при личном обращении гражданина (законного представителя) в КУВО "УСЗН" района, регистрируется в день приема указанного заявления в специальном журнале, оформленном в установленном порядке ([приложение N 4](#) к Порядку).

3.6. В случае несогласия гражданина, обратившегося за распоряжением средств регионального материнского капитала, с решением, вынесенным КУВО "УСЗН" района, об отказе в распоряжении средствами регионального материнского капитала, действия (бездействие) должностных лиц КУВО "УСЗН" района могут быть обжалованы в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Информация об изменениях: [Приказом](#) Департамента социальной защиты Воронежской области от 21 мая 2015 г. N 1045/ОД раздел 3 настоящего Порядка дополнен пунктом 3.7, вступающим в силу по истечении 10 дней со дня [официального опубликования](#) названного приказа

3.7. Заявление о распоряжении средствами регионального материнского капитала, принятое КУ ВО "УСЗН" районов, может быть аннулировано по желанию лица, получившего сертификат, путем подачи им лично либо через представителя заявления об аннулировании ранее поданного заявления о распоряжении средствами регионального материнского капитала. Указанное заявление об аннулировании может быть подано до перечисления департаментом денежных средств регионального материнского капитала согласно заявлению о распоряжении средствами регионального материнского капитала в срок не позднее двух месяцев с даты приема заявления о распоряжении.

Заявление об аннулировании (по форме согласно [приложению 6](#) к настоящему Порядку) подается в КУ ВО "УСЗН" района, в которое ранее было подано заявление о распоряжении средствами регионального материнского капитала.

Информация об изменениях: [Приказом](#) Департамента социальной защиты Воронежской области от 21 мая 2015 г. N 1045/ОД раздел 3 настоящего Порядка дополнен пунктом 3.8, вступающим в силу по истечении 10 дней со дня [официального опубликования](#) названного приказа

3.8. Решение об аннулировании ранее поданного заявления о распоряжении средствами регионального материнского капитала (по форме согласно [приложению 7](#) к настоящему Порядку) принимается КУ ВО "УСЗН" района в течение 10 дней с даты получения заявления об аннулировании.

Информация об изменениях: [Приказом](#) Департамента социальной защиты Воронежской области

от 21 мая 2015 г. N 1045/ОД раздел 3 настоящего Порядка дополнен пунктом 3.9, **вступающим в силу** по истечении 10 дней со дня **официального опубликования** названного приказа

3.9. Уведомление лица, получившего сертификат, об аннулировании заявления о распоряжении региональным материнским капиталом и возврат (по его желанию) представленных вместе с заявлением о распоряжении региональным материнским капиталом документов осуществляются КУ ВО "УСЗН" района в 5-дневный срок с даты вынесения решения об аннулировании ранее поданного заявления о распоряжении средствами регионального материнского капитала.

4. Порядок перечисления средств регионального материнского капитала

Информация об изменениях: **Приказом** Департамента социальной защиты Воронежской области от 8 декабря 2014 г. N 3422/ОД в пункт 4.1 раздела 4 настоящего Порядка внесены изменения, **вступающие в силу** по истечении 10 дней со дня **официального опубликования** названного приказа

См. текст пункта в предыдущей редакции

4.1. Деятельность КУВО "УСЗН" района:

КУВО "УСЗН" района приобщает в сформированные личные дела получателей сертификата на региональный материнский капитал документы, представленные получателями для распоряжения средствами регионального материнского капитала, и одновременно с заявкой о потребности в денежных средствах на текущий месяц направляет их на проверку в бюджетное учреждение Воронежской области "Центр обеспечения деятельности учреждений социальной защиты Воронежской области" (далее - БУВО "ЦОДУСЗ").

Информация об изменениях: **Приказом** Департамента социальной защиты Воронежской области от 8 декабря 2014 г. N 3422/ОД пункт 4.2 раздела 4 настоящего Порядка изложен в новой редакции, **вступающей в силу** по истечении 10 дней со дня **официального опубликования** названного приказа

См. текст пункта в предыдущей редакции

4.2. Деятельность БУВО "ЦОДУСЗ":

В течение трех рабочих дней БУВО "ЦОДУСЗ" осуществляет проверку документов, представленных получателями для распоряжения средствами регионального материнского капитала, и заявок о необходимых денежных средствах, формирует разрядки на перечисление денежных средств и согласовывает их с планово-экономическим отделом департамента. Личные дела заявителей возвращает в КУВО "УСЗН" районов, а также направляет платежные поручения на перечисление регионального материнского капитала на получение платных медицинских услуг ребенком (детьми), проведенные по выписке банка и заверенные в установленном порядке.

Информация об изменениях: **Приказом** Департамента социальной защиты Воронежской области от 8 декабря 2014 г. N 3422/ОД пункт 4.3 раздела 4 настоящего Порядка изложен в новой редакции, **вступающей в силу** по истечении 10 дней со дня **официального опубликования** названного приказа

См. текст пункта в предыдущей редакции

4.3. Деятельность структурных подразделений департамента:

Планово-экономический отдел департамента:

Осуществляет согласование разрядок, подготовленных БУВО "ЦОДУСЗ", в пределах утвержденного кассового плана. При недостатке кассового плана готовит в департамент финансов Воронежской области обоснование на перераспределение бюджетных ассигнований и формирует в автоматизированной системе КАСИБ уведомления о перераспределении плановых назначений и предельных объемов. После утвержденного изменения кассового плана согласованные разрядки направляет в отдел бюджетного учета и сводной отчетности департамента.

Отдел бюджетного учета и сводной отчетности департамента:

На основании разрядок на перечисление денежных средств, согласованных с планово-экономическим отделом департамента, в автоматизированной системе осуществляет формирование распоряжений на перечисление денежных средств за счет средств областного бюджета на выплату регионального материнского капитала. Посредством электронного обмена и одновременно на бумажном носителе направляет распоряжения, заверенные печатью и подписями руководителя и главного бухгалтера департамента, в департамент финансов Воронежской области.

После проведения платежей по выписке банка направляет в БУВО "ЦОДУСЗ" платежные поручения, заверенные в установленном порядке.

Направляет в департамент финансов Воронежской области сводную государственную финансовую отчетность по утвержденным формам и установленным срокам сдачи отчетности.

ГАРАНТ: См. данную форму в редакторе MS-Word

Приложение 1
к Порядку распоряжения средствами
регионального материнского капитала
на получение платных медицинских услуг ребенком
(детьми) в медицинских учреждениях
на территории Российской Федерации,
имеющих право на осуществление медицинской деятельности

Директору КУВО "УСЗН" района Воронежской области

Заявление о распоряжении средствами регионального материнского капитала на получение платных медицинских услуг ребенком (детьми) в медицинских учреждениях на территории Российской Федерации, имеющих право на осуществление медицинской деятельности

(фамилия (и скобках фамилия, которая была при рождении), имя, отчество)

1. Статус _____
(мать, отец, ребенок - указать нужное)

2. Дата рождения _____
(число, месяц, год рождения ребенка)

3. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) _____

4. Серия и номер сертификата _____

5. Сертификат выдан _____
(кем и когда выдан)

6. Документ, удостоверяющий личность _____

(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

7. Адрес места жительства _____

(почтовый адрес места жительства, пребывания, фактического проживания)

8. Дата рождения (усыновления) ребенка, в связи с рождением которого возникло право на дополнительные меры социальной поддержки _____
(число, месяц, год)

9. Сведения о представителе _____
(фамилия, имя, отчество)

(почтовый адрес места жительства, пребывания, фактического проживания)

(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

10. Документ, подтверждающий полномочия представителя _____

(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

11. Прошу направить средства (часть средств) материнского (семейного) капитала на:

1) получение восстановительного, реабилитационного, операционного лечения детей в возрасте до 18 лет _____
в размере _____ руб. _____ коп. _____

(сумма прописью)

2) на закупку расходных материалов (имплантанты, протезы, конструкции

импортного производства)

_____ руб. _____ коп. _____

(сумма прописью)

в соответствии с реквизитами, указанными в приложении к настоящему заявлению:

Средствами материнского (семейного) капитала ранее _____
(указать - не распоряжалась (ся),
распоряжалась (ся))

Настоящим заявлением подтверждаю:

умышленного преступления, в отношении своего ребенка (детей),
относящегося к преступлениям против личности _____

(указать - совершала), не совершал (а))
родительских прав в отношении ребенка, в связи с рождением которого
возникло право на дополнительные меры социальной поддержки, _____

(указать - не лишалась (ся), лишалась (ся))
умышленных преступлений, относящихся к преступлениям против личности в
отношении своего ребенка (детей), _____

(указать не совершала (не совершал), совершала (совершал))
решение об отмене усыновления ребенка, в связи с усыновлением которого
возникло право на дополнительные меры социальной поддержки, _____

(указать - не принималось (принималось))
решение об ограничении в родительских правах в отношении ребенка, в связи
с рождением которого возникло право на дополнительные меры социальной
поддержки, _____

(указать - не принималось (принималось))
решение об отобрании ребенка, в связи с рождением которого возникло право
на дополнительные меры социальной поддержки, _____

(указать - не принималось (принималось))

К заявлению прилагаю следующие документы:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Об ответственности за достоверность представленных сведений предупреждена
(предупрежден).

Даю согласие на обработку и использование моих персональных данных,
содержащихся в настоящем заявлении, а также иных данных, которые в
соответствии с [Законом](#) Воронежской области от 14.11.2008 N 103-ОЗ "О
социальной поддержке отдельных категорий граждан в Воронежской области"
подлежат включению в регистр лиц, имеющих право на РМК (далее - регистр).
В целях реализации моих прав оператор вправе осуществлять сбор,
систематизацию, накопление, хранение, уточнение и (обновление, изменение)
использование моих персональных данных в течение срока, необходимого для
ведения регистра.

Уведомлена (ен) о том, что отзыв настоящего согласия в случаях,
предусмотренных [Федеральным законом](#) "О персональных данных",
осуществляется на основании заявления.

Обязуюсь сообщить в течение 14 дней с момента наступления любых
обстоятельств, влияющих на изменение размера средств (части средств)
регионального материнского капитала, а также обстоятельствах, влекущих
изменение направления средств.

(дата)

(подпись заявителя)

Приложение к заявлению

Реквизиты получателя средств _____
(наименование организации либо Ф.И.О. физического чина)

Почтовый адрес _____

ИНН _____

[БИК](#) _____

КПП _____
Банк получателя _____
Р/счет _____
К/счет _____
Сроки перечисления средств _____

(дата) _____ (подпись заявителя)
Данные, указанные в заявлении,
соответствуют представленным документам _____
(подпись специалиста)
Заявление и документы гражданки (гражданина) _____
зарегистрированы _____
(регистрационный номер заявления)
Принял _____
(дата приема заявления) _____ (подпись специалиста)

(линия отреза)

Расписка-уведомление (извещение)
Заявление о распоряжении средствами материнского (семейного) капитала и
документы гражданки (гражданина) _____
зарегистрированы _____
(регистрационный номер заявления)
Принял _____
(дата приема заявления) _____ (подпись специалиста)

ГАРАНТ: См. данную форму в редакторе MS-Word

Приложение 2
к Порядку распоряжения средствами
регионального материнского капитала
на получение платных медицинских услуг ребенком
(детьми) в медицинских учреждениях на территории
Российской Федерации, имеющих право на
осуществление медицинской деятельности

РЕШЕНИЕ
О РАСПОРЯЖЕНИИ СРЕДСТВАМИ РЕГИОНАЛЬНОГО МАТЕРИНСКОГО
КАПИТАЛА НА ПОЛУЧЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ РЕБЕНКОМ
(ДЕТЬМИ) В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ НА ТЕРРИТОРИИ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ИМЕЮЩИХ ПРАВО НА ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ
МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

КУВО "УСЗН" _____ района _____
(г. Воронежа, г. Нововоронежа, Воронежской области)
от _____ N _____

Рассмотрев заявление гражданки (гражданина)

(Ф.И.О. лица, имеющего сертификат)
о распоряжении средствами регионального материнского капитала на
получение платных медицинских услуг ребенком (детьми) в медицинских
учреждениях на территории Российской Федерации, имеющих право на
осуществление медицинской деятельности, проживающей
по адресу: _____
На основании представленных документов _____

(перечислить)

В соответствии с [Законом](#) Воронежской области от 14.11.2008 N 103-ОЗ "О социальной поддержке отдельных категорий граждан в Воронежской области" решил направить средства регионального материнского капитала в размере

_____ (цифрами и прописью)

на перечисленные в заявлении нужды.

М.П.

Директор КУВО "УСЗН"
района

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

Специалист КУВО "УСЗН"
района, ответственный за
подготовку
проекта решения

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

ГАРАНТ: См. данную форму в редакторе MS-Word

**Приложение 3
к [Порядку](#) распоряжения средствами
регионального материнского капитала
платных медицинских услуг ребенком
(детьми) в медицинских учреждениях на территории
Российской Федерации, имеющих право на
осуществление медицинской деятельности**

РЕШЕНИЕ

ОБ ОТКАЗЕ В РАСПОРЯЖЕНИИ СРЕДСТВАМИ РЕГИОНАЛЬНОГО
МАТЕРИНСКОГО КАПИТАЛА НА ПОЛУЧЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ
УСЛУГ РЕБЕНКОМ (ДЕТЬМИ) В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ НА
ТЕРРИТОРИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ИМЕЮЩИХ ПРАВО НА
ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

КУВО "УСЗН" _____ района _____
(г. Воронежа, г. Нововоронежа. Воронежской области)
от _____ N _____

Рассмотрев заявление гражданки (гражданина)

_____ (Ф.И.О. лица, имеющего сертификат)

о распоряжении средствами регионального материнского капитала на получение платных медицинских услуг ребенком (детьми) в медицинских учреждениях на территории Российской Федерации, имеющих право на осуществление медицинской деятельности, проживающей по адресу: _____

На основании представленных документов _____

(перечислить)

В соответствии с [Законом](#) Воронежской области от 14.11.2008 N 103-ОЗ "О социальной поддержке отдельных категорий граждан в Воронежской области" решил отказать в направлении средств регионального материнского капитала в размере

_____ (цифрами и прописью)

на перечисленные в заявлении нужды

Основания для отказа: _____

(перечислить)

М.П.

Директор КУВО "УСЗН"
района

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

Специалист КУВО "УСЗН"
района, ответственный
за подготовку
проекта решения

(подпись)

(расшифровка подписи)

ГАРАНТ: См. данную форму в редакторе MS-Word

Приложение 4
к [Порядку](#) распоряжения средствами
регионального материнского капитала
платных медицинских услуг ребенком
(детьми) в медицинских учреждениях на территории
Российской Федерации, имеющих право на
осуществление медицинской деятельности

ЖУРНАЛ
регистрации заявлений о распоряжении средствами регионального
материнского капитала и решений, принятых
по ним КУВО "УСЗН"

_____ района

N п/п	Сведения о заявителе			Направление распоряжения средствами, указанное в заявлении о распоряжении	Сумма средств, указанная в заявлении	Сведения о решении					
	дата приема заявлений	фамилия, имя, отчество	адрес места жительства, места пребывания, фактического проживания			о распоряжении средствами РМК			об отказе в распоряжении средствами РМК		
						дата	номер	сумма	дата	номер	сумма
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Информация об изменениях: [Приказом](#) Департамента социальной защиты Воронежской области от 20 мая 2014 г. N 1551/ОД настоящий Порядок дополнен приложением 5

ГАРАНТ: См. данную форму в редакторе MS-Word

**Приложение 5
к [Порядку](#)
распоряжения средствами
регионального материнского
капитала на получение платных
медицинских услуг ребенком
(детьми) в медицинских
учреждениях на территории РФ,
имеющих право на осуществление
медицинской деятельности**

Заявка
о потребности в денежных средствах на распоряжение средствами РМК
по району _____ на _____ 20 ____ г.

N п/ п	Фамилия, имя, отчество лица, получившего сертификат	снилс	Решение об удовлетворении заявления			Договор		Сведения о получателе: юридическое лицо/ физическое лицо							
			номер	дата	сумма	номер	дата	наименование получателя: юр. лицо физ. лицо	ИНН	КПП	расчетный счет	наименование банка получателя	БИК	корр. счет	ссудный счет
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

Директор КУВО "УСЗН" района _____
(подпись) (расшифровка)

Главный бухгалтер КУВО "УСЗН" района _____
(подпись) (расшифровка)

Исполнитель _____
(должность) (подпись) (расшифровка подписи)

Информация об изменениях: [Приказом](#) Департамента социальной защиты Воронежской области от 21 мая 2015 г. N 1045/ОД настоящий Порядок дополнен приложением 6, [вступающим в силу](#) по истечении 10 дней со дня [официального опубликования](#) названного приказа

ГАРАНТ: См. данную форму в редакторе MS-Word

Приложение 6
к [Порядку](#)
распоряжения средствами регионального
материнского капитала на получение
платных медицинских услуг ребенком
(детьми) в медицинских организациях
на территории Российской Федерации,
имеющих право на осуществление
медицинской деятельности

Директору КУ ВО "УСЗН
_____ района (города) "
Воронежской области

ЗАЯВЛЕНИЕ

ОБ АННУЛИРОВАНИИ РАНЕЕ ПОДАННОГО ЗАЯВЛЕНИЯ О РАСПОРЯЖЕНИИ
СРЕДСТВАМИ РЕГИОНАЛЬНОГО МАТЕРИНСКОГО КАПИТАЛА

(фамилия (в скобках фамилия, которая была при рождении), имя, отчество)

1. Статус _____
(мать, отец, ребенок – указать нужное)

2. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) _____

3. Серия и номер сертификата _____

4. Сертификат выдан _____
(кем и когда выдан)

5. Документ, удостоверяющий личность _____

(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

6. Адрес места жительства _____

(почтовый адрес места жительства, пребывания, фактического проживания)

7. Сведения о представителе _____

(фамилия, имя, отчество)

(почтовый адрес места жительства, пребывания, фактического проживания)

8. Документ, удостоверяющий личность представителя _____

(наименование, номер и серия документа,

кем и когда выдан)

9. Документ, подтверждающий полномочия представителя _____

(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

10. Прошу аннулировать заявление о распоряжении средствами
регионального материнского капитала от _____ N _____

В СВЯЗИ С _____
(указать причину)

_____ (дата) _____ (подпись заявителя)

Заявление гражданки (гражданина)
зарегистрировано _____

_____ (регистрационный номер заявления)

Принял

_____ (дата приема заявления) _____ (подпись специалиста)

(линия отреза)

Расписка-уведомление (извещение)

Заявление об аннулировании ранее поданного заявления о распоряжении
средствами регионального материнского капитала гражданки (гражданина)

зарегистрировано _____
_____ (дата) _____ (номер)

Принял

_____ (дата приема заявления) _____ (подпись специалиста)

Информация об изменениях: **Приказом** Департамента социальной защиты Воронежской области от 21 мая 2015 г. N 1045/ОД настоящий Порядок дополнен приложением 7, **вступающим в силу** по истечении 10 дней со дня **официального опубликования** названного приказа

ГАРАНТ: См. данную форму в редакторе MS-Word

Приложение 7
к Порядку
распоряжения средствами
регионального материнского
капитала на получение платных
медицинских услуг ребенком
(детьми) в медицинских организациях
на территории Российской Федерации,
имеющих право на осуществление

РЕШЕНИЕ
ОБ АННУЛИРОВАНИИ РАНЕЕ ПОДАННОГО ЗАЯВЛЕНИЯ О РАСПОРЯЖЕНИИ
СРЕДСТВАМИ РЕГИОНАЛЬНОГО МАТЕРИНСКОГО КАПИТАЛА

КУ ВО "УСЗН" _____ района _____
(г. Воронежа, г. Нововоронежа, Воронежской области)
от _____ N _____

Рассмотрев заявление гражданки (гражданина) _____
(Ф.И.О. лица, получившего сертификат)
об аннулировании ранее поданного заявления о распоряжении средствами
регионального материнского капитала на получение платных медицинских
услуг ребенком (детьми) в медицинских организациях на территории
Российской Федерации, имеющих право на осуществление медицинской
деятельности, проживающей по адресу: _____,
приняло решение об аннулировании ранее принятого решения о распоряжении
средствами регионального материнского капитала N _____ от _____.

М.П.

Директор КУ ВО "УСЗН"
района

(подпись)

(расшифровка подписи)

Специалист КУ ВО "УСЗН"
района, ответственный за подготовку
проекта решения

(подпись)

(расшифровка подписи)