



МИНИСТЕРСТВО СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ  
ВЛАДИМИРСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

14.04.2026

№ 991

О реализации постановления  
Правительства Владимирской  
области от 20.03.2026 № 154

В соответствии с постановлением Правительства Владимирской области от 20.03.2026 № 154 «О предоставлении инвалидам (в том числе детям-инвалидам), которым установлены кохлеарные импланты, денежной компенсации за счет средств областного бюджета за приобретенные комплектующие системы кохлеарной имплантации» п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить форму заявления о предоставлении денежной компенсации за приобретенные комплектующие системы кохлеарной имплантации согласно приложению.
2. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя Министра по курируемому направлению деятельности.

Министр

Е.Г.Беряцкене

Приложение  
к приказу Министерства  
социальной защиты населения  
от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

В государственное казенное учреждение социальной  
защиты населения \_\_\_\_\_  
(наименование учреждения)

от гр. \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество заявителя)  
(законного представителя ребенка-инвалида)

\_\_\_\_\_ (ФИО льготника)  
Паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_  
Выдан: дата \_\_\_\_\_ кем \_\_\_\_\_

СНИЛС \_\_\_\_\_  
Зарегистрированного(ой) по адресу: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

Заявление  
о предоставлении денежной компенсации за приобретенные комплектующие  
системы кохлеарной имплантации

Прошу назначить мне - инвалиду / законному представителю ребенка-инвалида

(нужное подчеркнуть)

денежную компенсацию за приобретенные комплектующие системы кохлеарной имплантации по категории:

(в таблице указывается информация о льготнике)

инвалид		ребенок-инвалид	
ФИО		ФИО	
Дата рождения		Дата рождения	
СНИЛС		СНИЛС	
Адрес регистрации		Адрес регистрации	

- на лицевой счет № \_\_\_\_\_,  
открытый в филиале \_\_\_\_\_,  
(наименование финансово-кредитного учреждения)

К заявлению прилагаю следующие документы:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_

Об ответственности за достоверность представленных сведений предупрежден(на)

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Согласен(на) на обработку моих персональных данных, в том числе сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, имеющих в распоряжении Министерства социальной защиты населения Владимирской области и государственного казенного учреждения социальной защиты населения Владимирской области с целью предоставления мне мер социальной поддержки в соответствии с действующим законодательством.

Перечень персональных данных для обработки и передачи:

- фамилия, имя, отчество;
- дата рождения;
- данные документа, удостоверяющего личность;
- данные документа, удостоверяющего право на льготы;
- страховой номер индивидуального лицевого счета;
- адрес места жительства;
- даты и сроки назначения социальных выплат;
- группа инвалидности, степень ограничения способности к трудовой деятельности;
- размеры установленных социальных выплат.

Согласие на обработку и передачу персональных данных действует в течение всего периода получения мер социальной поддержки либо до моего письменного отзыва данного согласия.

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

Подпись \_\_\_\_\_