

ПРАВИТЕЛЬСТВО ВЛАДИМИРСКОЙ ОБЛАСТИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

№ _____

Об утверждении Порядка предоставления инвалидам (в том числе детям-инвалидам), которым установлены кохлеарные импланты, денежной компенсации в размере фактически понесенных расходов за приобретенные комплектующие системы кохлеарной имплантации

В соответствии с Законом Владимирской области от 14.08.2001 №62-ОЗ «Устав (Основной Закон) Владимирской области» и в целях улучшения качества жизни инвалидов с нарушением слуха Правительство Владимирской области **п о с т а н о в л я е т**:

1. Утвердить Порядок предоставления инвалидам (в том числе детям-инвалидам), которым установлены кохлеарные импланты, денежной компенсации в размере фактически понесенных расходов за приобретенные комплектующие системы кохлеарной имплантации согласно приложению.

2. Контроль за исполнением настоящего постановления возложить на заместителя Губернатора Владимирской области, курирующего вопросы социальной политики.

3. Настоящее постановление вступает в силу со дня официального опубликования.

Губернатор Владимирской области

А.А.Авдеев

Приложение
к постановлению Правительства
Владимирской области
от _____ № _____

**ПОРЯДОК
ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ИНВАЛИДАМ (В ТОМ ЧИСЛЕ ДЕТЯМ-
ИНВАЛИДАМ), КОТОРЫМ УСТАНОВЛЕНЫ КОХЛЕАРНЫЕ
ИМПЛАНТЫ, ДЕНЕЖНОЙ КОМПЕНСАЦИИ В РАЗМЕРЕ
ФАКТИЧЕСКИ ПОНЕСЕННЫХ РАСХОДОВ ЗА ПРИОБРЕТЕННЫЕ
КОМПЛЕКТУЮЩИЕ СИСТЕМЫ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ**

1. Настоящий порядок устанавливает правила предоставления инвалидам (в том числе детей-инвалидов) денежной компенсации (далее-Компенсация) в размере фактически понесенных расходов за приобретенные комплектующие системы кохлеарной имплантации, вышедшие из строя после гарантийного срока эксплуатации, до истечения 5 лет со дня предшествующей установки системы кохлеарной имплантации (далее - комплектующие).

2. Право на Компенсацию имеют инвалиды, в том числе дети-инвалиды, которым установлены кохлеарные импланты, - граждане Российской Федерации, имеющие постоянную регистрацию по месту жительства во Владимирской области.

3. Компенсация производится государственными казенными учреждениями социальной защиты населения Владимирской области (далее – Учреждения социальной защиты населения).

4. Компенсация носит заявительный характер и выплачивается один раз в течение календарного года, но не более 20000 рублей. При этом, при определении ее размера учитываются расходы согласно представленным документам, указанным в пп.5.6 настоящего Порядка.

5. В целях получения Компенсации инвалид (далее-заявитель), либо его законный представитель (далее - представитель) предоставляет в Учреждение социальной защиты населения по месту жительства следующие документы:

5.1. Заявление о предоставлении Компенсации согласно приложению 1 к настоящему Порядку:

5.2. Копию документа, удостоверяющего личность заявителя (копия паспорта, для детей – копия свидетельства о рождении), копию документа, подтверждающего полномочия представителя заявителя в соответствии с законодательством Российской Федерации, - в случае подачи документов через представителя заявителя (с предъявлением подлинника);

5.3. Копию справки, подтверждающую инвалидность, выданной федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы (с предъявлением подлинника);

5.4. Справку от врача сурдолога либо оториноларинголога, подтверждающую наличие кохлеарного имплантата (дата выдачи справки не должна быть ранее 3 месяцев до даты обращения за Компенсацией);

5.5. Копия заключения сервисного центра по обслуживанию систем кохлеарной иплантации о необходимости замены расходных материалов (комплектующих) системы кохлеарной имплантации;

5.6. Копии документов, подтверждающих факт приобретения комплектующих системы кохлеарной имплантации (товарной накладной, квитанции, кассового чека и т.п., с предъявлением подлинников).

Документ, предусмотренный пп. 5.3. заявитель вправе предоставлять по собственной инициативе. В случае если заявитель не представил указанный документ, Учреждение социальной защиты населения в течение 5 рабочих дней со дня получения заявления запрашивает его в порядке межведомственного информационного взаимодействия.

6. Учреждение социальной защиты населения в течение 10 рабочих дней со дня получения заявления и документов рассматривает их и принимает решение о назначении и выплате либо об отказе в назначении и выплате Компенсации.

7. В случае отказа в назначении и выплате Компенсации Учреждение социальной защиты населения в течение 1 рабочего дня со дня вынесения решения об отказе извещает об этом заявителя либо его представителя соответствующим уведомлением согласно приложению 2 к настоящему Порядку, которое направляется посредством почтовой связи, с указанием причин отказа в назначении и выплате Компенсации.

8. Учреждение социальной защиты населения отказывает в назначении и выплате Компенсации в следующих случаях:

8.1. Если заявитель не относится к категории лиц, установленных пунктом 2 настоящего Порядка;

8.2. Непредставление (представление не в полном объеме) документов, указанных в п. 5 настоящего Порядка;

8.3. В случае установления факта представления недостоверных сведений;

8.4. В случае представления документов, состав, форма или содержание которых не соответствуют требованиям законодательства и настоящего Порядка.

Заявитель имеет право повторной подачи заявления и документов.

9. Учреждение социальной защиты населения осуществляет выплату Компенсации не позднее чем через 30 дней со дня обращения заявителя либо его представителя.

10. Учреждение социальной защиты населения ежемесячно направляют в Министерство заявки о потребности в расходах на предоставление выплаты Компенсации.

11. Выплата Компенсации производится за счет средств областного бюджета Владимирской области в пределах ассигнований, предусмотренных

Министерству социальной защиты населения Владимирской области на соответствующий финансовый год через Учреждения социальной защиты населения.

Приложение № 1 к Порядку предоставления инвалидам (в том числе детям-инвалидам), которым установлены кохлеарные импланты, денежной компенсации в размере фактически понесенных расходов за приобретенные комплектующие системы кохлеарной имплантации

_____ (наименование государственного казенного учреждения социальной защиты населения Владимирской области)

Заявление

о предоставлении предоставления инвалидам (в том числе детям-инвалидам), которым установлены кохлеарные импланты, денежной компенсации в размере фактически понесенных расходов за приобретенные комплектующие системы кохлеарной имплантации

От _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя)

1. Адрес места жительства, контактный телефон: _____

2. Документ, удостоверяющий личность заявителя:
наименование документа _____ серия _____ номер _____
кем выдан _____ дата выдачи _____
номер СНИЛС (при наличии) _____

3. Сведения о законном представителе, представителе заявителя (в случае подачи заявления законным представителем заявителя, представителем заявителя):

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

4. Документ, удостоверяющий личность законного представителя, представителя заявителя:

наименование документа _____ серия _____ номер _____
кем выдан _____ дата выдачи _____

5. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя, представителя заявителя:

_____ (наименование документа, дата выдачи)

6. Прошу выплатить денежной компенсации фактически понесенных расходов за приобретенные комплектующие системы кохлеарной имплантации в размере _____ руб. _____ коп. _____ (прописью)

7. Прошу производить выплату денежной компенсации фактически понесенных расходов за приобретенные комплектующие системы кохлеарной имплантации на расчетную (дебетовую) карту N _____

(с указанием номера карты) _____, выпущенную к лицевому счету N _____ (с указанием реквизитов счета) _____, открытому в кредитной организации (с указанием наименования кредитной организации) _____.

7.1. На обработку (с указанием фамилии, имени, отчества (при наличии) заявителя) _____ персональных данных в целях предоставления денежной компенсации в проактивном (беззаявительном) порядке согласен (согласна).

Обработка включает в себя сбор, запись, систематизацию, накопление,

хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Согласие распространяется на обработку следующих персональных данных:

фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, место рождения, адрес, паспортные данные, СНИЛС, контактные данные, семейное положение, имущественное положение, сведения о доходах, иные сведения, необходимые для принятия решения о предоставлении мер социальной поддержки и организации предоставления мер социальной поддержки.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня его отзыва.

" ____ " _____ 20__ г.

(подпись, фамилия, инициалы заявителя
(законного представителя заявителя))

Контактные данные для информирования:

- 1) контактный телефон _____;
- 2) адрес электронной почты _____.

" ____ " _____ 20__ г.

(подпись, фамилия, инициалы заявителя
(законного представителя заявителя))

8. Подтверждаю достоверность представленных мною сведений и документов, прилагаемых к настоящему заявлению.

" ____ " _____ 20__ г.

(подпись заявителя (представителя заявителя
законного представителя, заявителя))

Приложение № 2 к Порядку
предоставления адресной
социальной помощи в форме
денежной компенсации
расходов инвалидам за
приобретенные
комплектующие системы
кохлеарной имплантации

Уведомление

об отказе в назначении и выплате денежной компенсации в размере фактически
понесенных расходов за приобретенные комплектующие системы кохлеарной
имплантации

от "___" _____ 20__ г.

№ _____

Уважаемая (ый)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Государственным казенным учреждением социальной защиты населения Владимирской области

(указать муниципальное образование Владимирской области)

рассмотрены Ваше заявление о предоставлении денежной
компенсации в размере фактически понесенных расходов
за приобретенные комплектующие системы кохлеарной имплантации
и приложенные к нему документы.

По результатам рассмотрения всех представленных документов вынесено
решение от "___" _____ 20__ г. № _____ об отказе в назначении
и выплате денежной компенсации в размере фактически понесенных
расходов за приобретенные комплектующие системы кохлеарной
имплантации по следующим основаниям:

(указать основания отказа)

Директор
государственного казенного учреждения
социальной защиты населения Владимирской области

М.П. (подпись) _____ (расшифровка подписи)