****

**КЕМЕРОВСКАЯ ОБЛАСТЬ**

**ПРОМЫШЛЕННОВСКИЙ МУНИЦИПАЛЬНЫЙ РАЙОН**

**АДМИНИСТРАЦИЯ ПРОМЫШЛЕННОВСКОГО**

**МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА**

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ**

**От 827-п от 16.05.2013**

**О предоставлении ежемесячной денежной**

**компенсации проезда пассажирским**

**автотранспортом для инвалидов 1 и 2 групп,**

**страдающих хронической почечной**

**недостаточностью, проживающих в**

**Промышленновском муниципальном районе**

В соответствии с Федеральным Законом [от 24.11.1995 года 181-ФЗ](http://zakon.scli.ru/ru/legal_texts/index.php) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».

1. Предоставить инвалидам 1 и 2 групп, страдающим хронической почечной недостаточностью и получающим необходимое систематическое специализированное лечение в стационарных условиях в отделениях хронического гемодиализа государственного учреждения здравоохранения «Кемеровская областная клиническая больница», ежемесячную денежную компенсацию расходов на проезд к месту лечения и обратно четыре раза в месяц независимо от времени года на регулярных маршрутах пассажирского автотранспорта.

2. Установить ежемесячную денежную компенсацию в размере согласно (приложению 1).

3. Утвердить Порядок предоставления ежемесячной денежной компенсации проезда пассажирским автотранспортом для инвалидов 1 и 2 групп, страдающих хронической почечной недостаточностью, проживающих в Промышленновском муниципальном районе

(приложение 2)

4. Производить финансирование затрат по представлению данной меры социальной поддержки за счет средств бюджета Промышленновского муниципального района, в порядке утвержденным настоящим постановлением

5. Обнародовать настоящее постановление на официальном сайте администрации Промышленновского муниципального района.

6. Контроль за исполнением постановления возложить на заместителя Главы района по социальным вопросам В.Д. Антокина.

7. Постановление вступает в силу с 01.06.2013 года.

Глава района

А.И. Шмидт

**Утверждено постановлением**

**Администрации Промышленновского**

**муниципального района**

**от 16.05.2013 827-п**

**(приложение 1)**

**Размер ежемесячной денежной компенсации гражданам, проходящим систематическое лечение в отделениях хронического гемодиализа государственного учреждения здравоохранения «Кемеровская областная клиническая больница» проживающих в Промышленновском муниципальном районе**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| п/п | Адрес  проживания | Размер  ЕДК, (рублей) |
| 1 | пгт. Промышленная | 500 |
| 3 | с. Тарасово | 700 |
| 4 | ст. Падунская | 700 |
| 5 | п. Плотниково | 300 |

**Утвержден постановлением**

**Администрации Промышленновского**

**муниципального района**

**от 16.05.2013 827-п**

**(приложение 2)**

**Порядок**

**предоставления ежемесячной денежной компенсации проезда пассажирским автотранспортом для инвалидов 1 и 2 групп, страдающих хронической почечной недостаточностью, проживающих в Промышленновском муниципальном районе**

1. Настоящий Порядок определяет механизм и условия возмещения гражданам, страдающим хронической почечной недостаточностью и получающим программный гемодиализ в государственном учреждении здравоохранения «Кемеровская областная клиническая больница», расходов на проезд пассажирским автотранспортом к месту проведения гемодиализа и обратно.

2. Возмещение расходов на проезд осуществляется ежемесячно на основании заявления гражданина, имеющего право на указанную меру социальной поддержки, путем перечисления денежных средств на его счет, открытый в кредитной организации. Заявления подаются в Управление социальной защиты населения администрации Промышленновского муниципального района по форме согласно приложению 1 к настоящему Порядку.

К заявлению прилагаются:

а)копия паспорта или иной документ, удостоверяющий личность заявителя и место его жительства (с представлением оригинала в случае, если верность копии не засвидетельствована в нотариальном порядке);

б)копию документа об открытии счета в кредитной организации;

в)справка-отчет лечебно-профилактического учреждения, подтверждающая получение заявителем программного гемодиализа, заверенная подписью заведующего отделением гемодиализа, согласно приложению 2 к настоящему Порядку.

3. Управление социальной защиты населения администрации Промышленновского муниципального района формирует в отношении каждого гражданина личное дело, в которое брошюрует документы необходимые для назначения меры социальной поддержки.

4. Решение о возмещении, (об отказе в возмещении) расходов на проезд гражданам принимается Управлением социальной защиты населения администрации Промышленновского муниципального района в течение 10 рабочих дней со дня поступления заявления с приложением документов, указанных в пункте 4 настоящего Порядка.

5. Перерасчет размера ежемесячной денежной выплаты осуществляется с 1-го числа месяца следующего за месяцем в котором наступили обстоятельства влекущие изменения размера ежемесячной денежной выплаты.

6. Прекращение ежемесячной денежной выплаты осуществляется с 1-го числа месяца следующего за месяцем в котором наступили обстоятельства влекущие прекращение ежемесячной денежной выплаты.

7. Управление социальной защиты населения администрации Промышленновского муниципального района вправе осуществлять проверку документов, представленных гражданами, путем направления запросов в соответствующие учреждения.

8. Финансирование данной меры социальной поддержки осуществляется через долгосрочную целевую программу «Доступная среда для инвалидов Промышленновского района» за счет средств бюджета Промышленновского муниципального района.

9. Финансовое Управление Промышленновского муниципального района перечисляет средства в УСЗН в соответствии со сводной бюджетной росписью районного бюджета в пределах объемов финансирования и лимитов бюджетных обязательств, утвержденных в установленном порядке, на основании поданной УСЗН ежемесячной заявки. Указанные бюджетные назначения носят целевой характер и не могут быть использованы на другие цели.

10. Объём средств на реализацию мер социальной поддержки утверждается решением Промышленновского районного Совета народных депутатов о бюджете.

11. Излишне выплаченные суммы по возмещению расходов на оплату проезда вследствие предоставления заявителем заведомо недостоверных сведений подлежат взысканию в судебном порядке.

12. Контроль за целевым расходованием денежных средств осуществляет финансовое управление по Промышленновскому району.

**Приложение 1**

**К порядку предоставления ежемесячной**

**денежной компенсации проезда пассажирским**

**автотранспортом для инвалидов 1 и 2 групп,**

**страдающих хронической почечной**

**недостаточностью, проживающих**

**в Промышленновском муниципальном**

**районе**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о предоставлении ежемесячной денежной компенсации**

**проезда гражданам, страдающим хронической почечной**

**недостаточностью**

Ф.И.О

Адрес:

Сведения об инвалидности:

Номера телефонов: дом., моб.

Паспортные данные:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Серия |  | Дата выдачи |  |
| Номер |  | Дата рождения |  |
| Кем выдан |  | | |

Согласен(на) на автоматизированную обработку вышеперечисленных персональных данных при возмещении расходов на оплату проезда в отделение гемодиализа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование лечебного учреждения)

Прошу возместить расходы на проезд к месту проведения программного гемодиализа и обратно к месту проживания пассажирским автомобильным транспортом.

Выплату производить через кредитную организацию: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование)

счет .

Обязуюсь сообщить в Управление социальной защиты населения администрации Промышленновского муниципального района о наступлении обстоятельств, влекущих изменение суммы, прекращение возмещения расходов по оплате проезда (выезд на постоянное место жительства за пределы Промышленновского муниципального района, смена места жительства, прекращение лечения методом гемодиализа), в течении 10 дней с момента наступления данных обстоятельств.

«\_\_»20\_ г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись заявителя)

«\_\_» 20\_ г. регистрации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись специалиста)

**Приложение 2**

**К порядку предоставления ежемесячной**

**денежной компенсации проезда пассажирским**

**автотранспортом для инвалидов 1 и 2 групп,**

**страдающих хронической почечной**

**недостаточностью, проживающих**

**в Промышленновском муниципальном**

**районе**

**Справка-отчет о посещении отделения гемодиализа**

(наименование лечебного учреждения)

иногородним больным

за 20\_\_\_ года

(месяц)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество пациента | Место жительства | Дата гемо- диализа | Подпись старшей медсестры |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Заведующий отделением

гемодиализа

(подпись) (инициалы, фамилия)