



ПРАВИТЕЛЬСТВО ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

От 30.10.2025

г. Вологда

№ 1477

О внесении изменений в постановление Правительства области от 8 февраля 2016 года № 101

Правительство области **ПОСТАНОВЛЯЕТ:**

1. Внести в Порядок назначения и выплаты ежемесячного социального пособия лицам с хронической почечной недостаточностью, получающим лечение методом диализа, утвержденный постановлением Правительства области от 8 февраля 2016 года № 101, следующие изменения:

1.1 пункт 4 изложить в следующей редакции:

«4. Заявление о назначении ежемесячного социального пособия (далее – заявление) по форме согласно приложению 1 к настоящему Порядку подается лицами, указанными в пункте 2 настоящего Порядка (далее – заявитель, гражданин, получатель), или их представителями (далее – представитель заявителя) в КУ ВО «Центр социальных выплат».

Заявление подается заявителем (представителем заявителя) одним из следующих способов:

а) в электронном виде посредством федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)» (далее – Единый портал);

б) лично:

в КУ ВО «Центр социальных выплат» по месту регистрации (учета) по месту жительства (по месту пребывания) или по месту фактического проживания на территории Вологодской области;

через многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг (далее – многофункциональный центр) по месту регистрации (учета) по месту жительства (по месту пребывания) или по месту фактического проживания на территории Вологодской области.»;

1.2 в абзаце первом пункта 6 слова «в КУ ВО «Центр социальных выплат» (многофункциональный центр)» заменить словами «с заявлением»;

1.3 пункт 7 дополнить абзацем следующего содержания:

«Заявление и документы в электронной форме, прикрепленные к заявлению, подписываются электронной подписью в соответствии с требованиями Федерального закона от 6 апреля 2011 года № 63-ФЗ «Об электронной подписи» и Федерального закона от 27 июля 2010 года № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг».»;

1.4 пункт 8 изложить в следующей редакции:

«8. Заявление регистрируется в КУ ВО «Центр социальных выплат»:

при личном обращении в КУ ВО «Центр социальных выплат» (многофункциональный центр) – не позднее 1 рабочего дня со дня поступления заявления в КУ ВО «Центр социальных выплат»;

при направлении заявления посредством Единого портала – не позднее 1 рабочего дня со дня поступления электронных документов в автоматизированную информационную систему, содержащую базы данных получателей мер социальной поддержки (далее – автоматизированная информационная система). При поступлении электронных документов в автоматизированную информационную систему в нерабочее время – в ближайший рабочий день, следующий за днем его поступления.

КУ ВО «Центр социальных выплат» в день регистрации заявления направляет заявителю (представителю заявителя) способом, позволяющим подтвердить факт и дату направления, информацию о необходимости доработки заявления в

течение 5 рабочих дней со дня получения заявителем (представителем заявителя) указанной информации – в случае если КУ ВО «Центр социальных выплат» установлен факт наличия в заявлении недостоверной и (или) неполной информации, и (или) заявление составлено не по установленной форме.»;

1.5 в пункте 10¹ слова «в федеральной государственной информационной системе «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)» заменить словами «на Едином портале»;

1.6 пункт 11 изложить в следующей редакции:

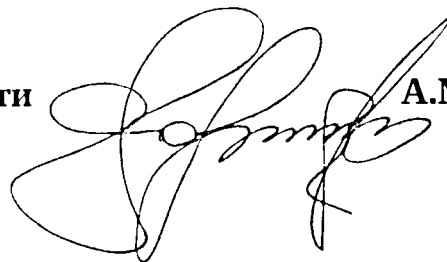
«11. Пособие назначается со дня обращения за ним. Днем обращения за пособием в случае подачи заявления в электронном виде считается день подачи заявления посредством Единого портала, в случае подачи заявления лично – день подачи заявления заявителем (представителем заявителя) в многофункциональный центр, в КУ ВО «Центр социальных выплат».»;

1.7 приложение 1 к Порядку изложить в новой редакции согласно приложению к настоящему постановлению;

1.8 в подпункте 1.1 пункта 1 таблицы приложения 2 к Порядку слова и цифры «до 1 января 2026 года» исключить.

2. Настоящее постановление вступает в силу со дня его официального опубликования.

Председатель Правительства области



А.М. Мордвинов

Приложение
к постановлению
Правительства области
от 30.10.2025 № 1477

«Приложение 1
к Порядку

Форма

В КУ ВО «Центр социальных выплат»

от _____

фамилия, имя, отчество (при наличии)
заявителя/представителя заявителя,
действующего по доверенности
от _____ № _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

о назначении ежемесячного социального пособия

Прошу установить _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя)
ежемесячное социальное пособие лицу с хронической почечной недостаточностью, получающему лечение методом диализа в соответствии с законом области от 26 сентября 2008 года № 1833-ОЗ «О ежемесячном социальном пособии лицам с хронической недостаточностью, получающим лечение методом диализа».

Адрес места жительства заявителя (указывается на основании записи в паспорте или ином документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства)	
Адрес места пребывания заявителя (указывается на основании свидетельства о регистрации по месту пребывания)	
Адрес фактического места проживания заявителя	
Дата рождения заявителя	

Место рождения заявителя	
Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) заявителя	
Номер телефона заявителя	

Сведения о документе, удостоверяющем личность заявителя	
Наименование	
Серия, номер	
Дата выдачи	
Кем выдан	
Код подразделения	

Выплату прошу производить через:

- 1) отделение почтовой связи _____,
(индекс отделения связи)
- 2) кредитную организацию _____.
(№ счета и наименование кредитной организации)

Подтверждаю, что заявителю разъяснено об обязанности получателя ежемесячного социального пособия извещать КУ ВО «Центр социальных выплат» о выезде на постоянное место жительства за пределы Вологодской области, прекращении получения лечения методом диализа - в срок, не превышающий 5 дней со дня возникновения указанных обстоятельств.

«__» _____ 20__ г.

(подпись заявителя / представителя заявителя)

«__» _____ 20__ г.

№ _____
(дата и номер регистрации
заявления)

(подпись специалиста)».

(линия отрыва)

Приложение 1
к заявлению о назначении
ежемесячного социального
пособия

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, _____,
(фамилии, имя, отчество (при наличии) заявителя)
проживающий(-ая) по адресу: _____

Наименование документа, удостоверяющего личность заявителя	
Серия, номер	
Дата выдачи	
Кем выдан	
Дата рождения	

даю согласие операторам персональных данных: _____

(КУ ВО «Центр социальных выплат» и (или) наименование многофункционального центра предоставления государственных и муниципальных услуг)
на обработку моих персональных данных, касающихся сведений о получении мною лечения методом диализа, в целях назначения ежемесячного социального пособия лицам с хронической почечной недостаточностью, получающим лечение методом диализа в соответствии с действующим законодательством.

Персональные данные, в отношении которых дается настоящее согласие, включают данные, указанные в настоящем согласии, заявлении, представленных заявителем (представителем заявителя) документах, и данные о выдаче медицинской организацией по месту жительства или по месту проведения диализной терапии справки о проведении в отношении меня лечения методом диализа.

Действия с персональными данными включают в себя их обработку (сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение).

Обработка персональных данных автоматизированная (с использованием средств вычислительной техники) либо без использования средств автоматизации.

Согласие действует с момента его подачи до моего письменного отзыва данного согласия.

" " _____ 20__ г.

(подпись заявителя)

(линия отрыва)

Приложение 2
к заявлению о назначении
ежемесячного социального
пособия
(заполняется в случае не
представления заявителем
справки медицинской
организации о проведении
лечения методом диализа)

В _____

(наименование медицинской
организации)

СОГЛАСИЕ

на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну

Я, _____,
(фамилии, имя, отчество (при наличии) заявителя)

проживающий(-ая) по адресу: _____

Наименование документа, удостоверяющего личность заявителя	
Серия, номер	
Дата выдачи	
Кем выдан	
Дата рождения	

в целях назначения мне ежемесячного социального пособия в соответствии с законом области от 26 сентября 2008 года № 1833-ОЗ «О ежемесячном социальном пособии лицам с хронической недостаточностью, получающим лечение методом диализа» даю согласие на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну: моих сведений, сведений ребенка,

законным представителем которого я являюсь (нужное подчеркнуть),
а именно:

(указать перечень сведений, в отношении которых дается согласие на разглашение
сведений, составляющих врачебную тайну)

Подтверждаю согласие на разглашение указанных мною сведений
казенному учреждению Вологодской области «Центр социальных выплат»,
расположенному по адресу: г. Вологда, ул. Благовещенская, д. 9.

Согласие действует с момента его подачи до моего письменного
отзыва данного согласия.

«__» _____ 20__ г.

(подпись заявителя)»