



ПРАВИТЕЛЬСТВО ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

От 14.07.2026

г. Вологда

№ 749

О внесении изменений в постановление Правительства области от 6 ноября 2007 года № 1503

Правительство области **ПОСТАНОВЛЯЕТ:**

1. Внести в Порядок назначения и выплаты ежемесячного пособия семьям, воспитывающим детей, больных целиакией, утвержденный постановлением Правительства области от 6 ноября 2007 года № 1503, следующие изменения:

подпункт «г» пункта 3 после слов «представителя заявителя» дополнить словами «(представляется, если не представлен документ, предусмотренный подпунктом «г» пункта 5 настоящего Порядка)»;

в пункте 8:

в абзаце втором слова «в день» заменить словами «не позднее одного рабочего дня со дня»;

абзац третий изложить в следующей редакции:

«при направлении заявления посредством Единого портала – не позднее одного рабочего дня со дня поступления электронного заявления в автоматизированную информационную систему, содержащую базы данных получателей мер социальной поддержки.»;

подпункт «е» пункта 19 после слов «Вологодской области» дополнить словами «или регистрация (учет) по месту жительства на территории другого субъекта Российской Федерации»;

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

в таблице приложения 2 к порядку:

в пункте 1:

в подпункте 1.1 слова и цифры «до 1 января 2026 года» исключить;

в подпункте 1.2 слова «Федеральная налоговая служба Российской Федерации» заменить словами «Федеральная налоговая служба»;

в пункте 2:

в подпункте 2.1 слова «Федеральная налоговая служба Российской Федерации» заменить словами «Федеральная налоговая служба»;

в подпункте 2.2 слова «Федеральная налоговая служба Российской Федерации» заменить словами «Федеральная налоговая служба»;

в пункте 3:

в подпункте 3.1 слова «Федеральная налоговая служба Российской Федерации» заменить словами «Федеральная налоговая служба»;

в подпункте 3.2 слова «Федеральная налоговая служба Российской Федерации» заменить словами «Федеральная налоговая служба»;

пункт 6 после слов «родительских прав» дополнить словами «(об ограничении в родительских правах)»;

в пункте 8 слова «Федеральная служба исполнения наказания Российской Федерации» заменить словами «Федеральная служба исполнения наказаний»;

в пункте 9 слова «Федеральная служба исполнения наказания Российской Федерации» заменить словами «Федеральная служба исполнения наказаний»;

в пункте 10 слова «Федеральная налоговая служба Российской Федерации» заменить словами «Федеральная налоговая служба»;

в пункте 11 слова «наличии у ребенка целиакии» заменить словами «дате выдачи заключения врачебной комиссии, подтверждающего факт наличия у ребенка целиакии»;

дополнить пунктами 12 и 13 следующего содержания:

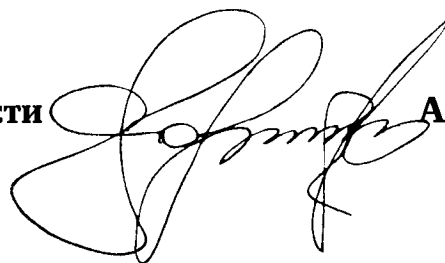
«

12.	Сведения о заключении (расторжении) брака	
12.1	сведения о заключении (расторжении) брака	Федеральная налоговая служба (Единый государственный реестр записей актов гражданского состояния)
12.2	сведения об идентификаторах записи акта о заключении брака, сведения о физическом лице, являющемся супругом, об идентификаторах записи акта о расторжении брака, предусмотренные пунктом 17 приложения 1 к Правилам ¹	Федеральная налоговая служба (Единый федеральный информационный регистр, содержащий сведения о населении Российской Федерации)
13.	Сведения о перемене фамилии, имени, отчества, предусмотренные пунктом 18 приложения 1 к Правилам ¹	Федеральная налоговая служба (Единый государственный реестр записей актов гражданского состояния)

».

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

Председатель Правительства области



А.М. Мордвинов

Приложение
к постановлению
Правительства области
от 14.07.2026 № 749

«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 пособия семьям, воспитывающим детей,
больных целиакией

1. Прошу назначить мне/моему доверителю ежемесячное пособие семьям,
воспитывающим детей, больных целиакией (далее – ежемесячное пособие).

2. Сведения о заявителе/доверителе

Фамилия, имя, отчество (при наличии)	
Дата рождения	
Место рождения	
Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС)	
Адрес места жительства (указывается на осно- вании записи в документе, удостоверяющем личность, или ином документе, подтверждаю- щем регистрацию (учет) по месту жительства)	
Адрес места пребывания (указывается на ос- новании свидетельства о регистрации по месту пребывания или иного документа, подтвер- ждающего регистрацию (учет) по месту пре- бывания)	
Адрес фактического места проживания	
Номер телефона	
Сведения о документе, удостоверяющем личность заявителя/доверителя:	
Наименование	
Серия, номер	

Дата выдачи	
Кем выдан	
Срок действия документа (при наличии)	
Код подразделения	

Пол заявителя/доверителя: (пометить знаком «V») ☐ муж. ☐ жен.

3. Сведения о ребенке, больном целиакией:

№ п/п	Фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка	День, месяц и год рождения	СНИЛС
1.			
2.			

4. Для направления межведомственных запросов о предоставлении сведений, необходимых для назначения ежемесячного пособия, сообщая следующие данные:

Перечень данных	Данные
Если не реализовано право по представлению копии свидетельства о рождении ребенка (детей):	
фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка	
дата рождения ребенка	
место рождения	
место регистрации рождения	
Если не представлена копия акта органа опеки и попечительства о назначении ребенку опекуна (попечителя) (в случае если за ежемесячным пособием обращается опекун (попечитель, приемный родитель или его представитель)):	
фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка	
дата установления опеки (попечительства)	
орган опеки и попечительства, установивший опеку (попечительство)	
В случае несоответствия фамилии, имени, отчества заявителя и (или) ребенка (детей) в представленных документах:	
предыдущие персональные данные:	
фамилия, имя, отчество (при наличии)	
место изменения (перемены)	

дата изменения (перемены)			
документ, подтверждающий (изменения) перемену			
Если не представлен документ, выданный врачебной комиссией медицинской организации, подтверждающий наличие у ребенка целиакии:			
наименование и адрес медицинской организации, установившей наличие у ребенка целиакии			
Согласен на предоставление медицинской организацией сведений о наличии у ребенка			
(фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка, дата рождения) целиакии		(подпись заявителя)	

5. Прошу перечислить ежемесячное пособие:

а) через организацию федеральной почтовой связи (указать свой адрес и индекс отделения связи) _____;

б) на счет № _____ в кредитной организации (указать наименование кредитной организации) _____.

5. Подтверждаю, что мне/моему доверителю разъяснено об обязанности получателя ежемесячного пособия извещать КУ ВО «Центр социальных выплат» о наступлении обстоятельства, влекущего прекращение выплаты ежемесячного пособия (о помещении ребенка, больного целиакией, в образовательные, медицинские организации либо в организации, оказывающие социальные услуги, на полное государственное обеспечение; об аресте, заключении под стражу, направлении в места отбывания наказания ребенка, больного целиакией, или получателя пособия; о лишении родительских прав (ограничении в родительских правах) получателя пособия в отношении ребенка, больного целиакией; о снятии с регистрации (учета) по месту жительства (месту пребывания) на территории Вологодской области или регистрации (учета) по месту жительства на территории другого субъекта Российской Федерации получателя ежемесячного пособия; о прекращении срока действия акта органа опеки и попечительства о назначении ребенку, больному целиакией, опекуна, попечителя, приемного родителя либо освобождении или отстранении опекуна, попечителя, приемного родителя от исполнения своих обязанностей; о смерти (объявлении умершим, признании безвестно отсутствующим) ребенка, больного целиакией; о заключении соглашения между родителями (усыновителями) или вступлении в силу решения суда о том, что ребенок, больной целиакией, будет проживать с другим родителем (усыновителем), либо вступлении в силу решения суда о выплате ежемесячного пособия на ребенка, больного целиакией, другому родителю (усыновителю); об отобрании ребенка, больного целиакией, у получателя пособия; об отмене усы-

новления (удочерения) ребенка, больного целиакией), а также об изменении сведений в документе, удостоверяющем личность получателя (фамилии, имени, отчества, номера, серии (при наличии), наименования кредитной организации и (или) номера счета и индекса отделения почтовой связи, указанных в заявлении, в срок, не превышающий 5 рабочих дней со дня наступления указанных выше обстоятельств либо со дня изменения сведений, указанных в заявлении.

«__» _____ 20__ г.

(дата подачи заявления)

(подпись заявителя)

«__» _____ 20__ г. № _____

(дата и номер регистрации заявления)

(подпись специалиста)»