



**ПРАВИТЕЛЬСТВО КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ
МИНИСТЕРСТВО СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ**

П Р И К А З

26 апреля 2022 года

№ 27-К17А

Калининград

**О внесении изменений в Административный регламент
предоставления государственной услуги по предоставлению
денежной выплаты инвалидам и детям-инвалидам, страдающим
выраженной или тяжелой степенью нейросенсорной (сенсоневральной)
тугоухости, которым установлен кохлеарный имплантант, на замену
внешних комплектующих частей системы кохлеарной имплантации**

В соответствии со статьей 13 Федерального закона от 27 июля 2010 года № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг», пунктом 19 порядка разработки и утверждения административных регламентов предоставления государственных услуг органами исполнительной власти Калининградской области, установленного постановлением Правительства Калининградской области от 24 июня 2011 года № 462, подпунктом 8 пункта 19 положения о Министерстве социальной политики Калининградской области, утвержденного постановлением Правительства Калининградской области от 28 октября 2005 года № 13 «О Министерстве социальной политики Калининградской области», **п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить прилагаемые изменения, которые вносятся в Административный регламент предоставления государственной услуги по предоставлению денежной выплаты инвалидам и детям-инвалидам, страдающим выраженной или тяжелой степенью нейросенсорной (сенсоневральной) тугоухости, которым установлен кохлеарный имплантант, на замену внешних комплектующих частей системы кохлеарной имплантации, утвержденный приказом Министерства социальной политики Калининградской области от 14 ноября 2019 года № 911 (с изменениями, внесенными приказами Министерства социальной политики Калининградской области от 28 января 2021 года № 4 и от 14 мая 2021 года № 36).

2. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

3. Настоящий приказ вступает в силу по истечении десяти дней после дня его официального опубликования

Министр социальной политики
Калининградской области

 А.В. Майстер

УТВЕРЖДЕНЫ
приказом Министерства
социальной политики
Калининградской области
от 16 апреля 2022 года № 27-1174

ИЗМЕНЕНИЯ,
которые вносятся в Административный регламент предоставления
государственной услуги по предоставлению денежной выплаты
инвалидам и детям-инвалидам, страдающим выраженной или тяжелой
степенью нейросенсорной (сенсоневральной) тугоухости, которым
установлен кохлеарный имплантант, на замену внешних комплектующих
частей системы кохлеарной имплантации

1. В абзаце четвертом пункта 2 слова «иные физические и юридические лица, действующие на основании доверенности, договора поручения, оформленных в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации» заменить словами «уполномоченные представители».

2. В пункте 11 слова «Продолжительность индивидуального устного информирования каждого Заявителя составляет не более 10 (десяти) минут.» исключить.

3. Пункт 87 изложить в новой редакции:

«87. Запись на прием в Центр для подачи Заявления о предоставлении Государственной услуги осуществляется с использованием регионального портала государственных и муниципальных услуг Калининградской области.».

4. В подпункте 10 пункта 117 слова «в приеме документов, необходимых для предоставления Государственной услуги, либо» исключить.

5. Абзац третий пункта 124 изложить в следующей редакции:

«- Министра – министру или в судебном порядке;».

6. Подпункты 126 и 127 признать утратившими силу.

7. Приложение № 3 к Административному регламенту изложить в следующей редакции:

«Приложение № 3
к Административному регламенту
предоставления государственной услуги
«Предоставление денежной выплаты инвалидам и
детям-инвалидам, страдающим выраженной или
тяжелой степенью нейросенсорной
(сенсоневральной) тугоухости, которым установлен
кохлеарный имплантант, на замену внешних
комплектующих частей системы кохлеарной
имплантации»

**ОГКУ «Центр социальной
поддержки населения»**

ЗАЯВЛЕНИЕ - АНКЕТА

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя _____

2. СНИЛС: _____

3. Дата рождения _____

4. Адрес регистрации: _____

Фактический адрес проживания: _____

5. Контактный телефон: _____, адрес электронной почты _____

6. Документ, удостоверяющий личность:

Серия		Номер		Дата выдачи	
Кем выдан					

7. Сведения о законном представителе (родителе, опекуне, попечителе, доверенном лице/поручителе):

Фамилия, имя, отчество(при наличии)	Дата рождения	Документ, удостоверяющий личность (номер, серия, дата выдачи, кем выдан)	Адрес регистраций (фактический адрес)

8. Сведения об установлении инвалидности заявителю:

Наименование документа	Реквизиты документа			
	Номер	Дата выдачи	Группа инвалидности	Срок инвалидности

9. Сведения о медицинской организации, выдавшей заключение о необходимости замены внешних комплектующих частей системы кохлеарной имплантации:

Наименование медицинской организации	Адрес местонахождения медицинской организации	Наименования внешних комплектующих частей системы кохлеарной имплантации

10. К заявлению прилагаю следующие документы:

Наименование документа	Реквизиты документа		
	Серия	Номер	Дата выдачи

11. Прошу предоставить денежную выплату инвалидам и детям-инвалидам, страдающим выраженной или тяжелой степенью нейросенсорной (сенсоневральной) тугоухости, которым установлен кохлеарный имплантант, на замену внешних комплектующих частей системы кохлеарной имплантации.

12. Причитающиеся денежные средства прошу перечислить
через: _____

(расчетный счет)

Отделения/филиала банка или организация федеральной почтовой связи _____

Против запроса дополнительных сведений обо мне и членах моей семьи, необходимых для выплаты денежных средств, не возражаю.

Правильность и полноту указанных сведений подтверждаю.

Дата _____ 20__ г. Подпись _____

(ФИО (при наличии) заявителя/представителя)

Заявление № _____ и документы гражданина _____
принял: _____

(дата, должность, подпись, фамилия специалиста)

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ О ПРИЕМЕ ЗАЯВЛЕНИЯ

Заявление-анкета _____

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

и документы, представленные с заявлением:

№ п/п	Наименование документа	Кол-во

принял:

Регистрационный номер заявления	Дата	Должностное лицо	
		Подпись	Расшифровка подписи

».