

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
ХАНТЫ-МАНСИЙСКИЙ АВТОНОМНЫЙ ОКРУГ - ЮГРА
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ

АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ
«УРАЙСКАЯ ГОРОДСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА»

П Р И К А З

«27» августа 2024 г.

№ 114

г. Урай

О внесении изменений
в приказ главного врача
АУ «Урайская городская
стоматологическая поликлиника»
от 19 ноября 2021 года № 140

В связи с вступлением в силу постановления Правительства ХМАО - Югры от 12 августа 2024 года N 297-п "О внесении изменений в приложение 2 к постановлению Правительства Ханты-Мансийского автономного округа - Югры от 30 декабря 2004 года N 498-п "О предоставлении и финансировании меры социальной поддержки в виде бесплатного изготовления и ремонта зубных протезов за счет средств бюджета Ханты-Мансийского автономного округа - Югры"

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести в приложение 1 приказа главного врача АУ «Урайская городская стоматологическая поликлиника» от 19 ноября 2021 года № 140 «Об утверждении Положения о порядке предоставления и финансирования бесплатного изготовления и ремонта зубных протезов за счет средств бюджета Ханты-Мансийского автономного округа – Югры» следующие изменения:

1.1. Абзацы с девятнадцатого по двадцатый пункта 2.1. изложить в следующей редакции:

"одиноко проживающих неработающих граждан (женщины старше 55 лет и мужчины старше 60 лет);

граждан, проживающих в составе семьи, состоящей только из совместно проживающих неработающих граждан (женщины старше 55 лет и мужчины старше 60 лет)."

1.2. В пункте 3.1:

- Абзац девятый признать утратившим силу.

- Абзац десятый изложить в следующей редакции:

"Решение о проведении бесплатного зубопротезирования гражданам, относящимся к категориям, указанным в абзацах с девятнадцатого по двадцатый пункта 2.1. настоящего Положения, принимается по результатам проверки сведений об их одиноком проживании или о проживании их в составе семьи, состоящей только из совместно проживающих неработающих граждан, предусматривающей запрос в рамках межведомственного информационного взаимодействия в Министерстве внутренних дел Российской Федерации сведений о лицах, проживающих (зарегистрированных) совместно с заявителем. Срок проведения такой проверки не должен превышать одного месяца со дня обращения за предоставлением бесплатного зубопротезирования."

2. Приложение № 1 к Положению о порядке предоставления и финансирования меры социальной поддержки в виде бесплатного изготовления и ремонта зубных протезов за счет средств бюджета Ханты-Мансийского автономного округа – Югры» изложить в редакции Приложения № 1 к настоящему приказу.

3. Секретарю руководителю Кумышевой А.В. ознакомить с настоящим приказом всех заинтересованных лиц.

4. Настоящий приказ вступает в силу с момента подписания.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

И.о. главного врача



Н.Н. Бормотова

№ очереди _____

Приложение № 1 к приказу № 114
от 27.08.2024

Дата приема _____

Согласование:

Изготовление зубных протезов за последние два
календарных года: да / нет
20__ г.

Главному врачу
АУ «Урайская городская
стоматологическая поликлиника»
Г.П. Силантьевой

Экономист:

от _____
(фамилия)

(ФИО, подпись)

(имя)

Юрисконсульт

(ФИО, подпись)

(отчество)

Дата рассмотрения заявления

Дата рождения ____ . ____ . ____ г.

« ____ » _____ 20__ год

Проживающего (ей) по адресу:
г. Урай

м-он (ул.уч.) _____
дом _____ кв. _____

Контактный тел. _____

СНИЛС _____

Заявление

Прошу поставить меня в очередь на льготное зубопротезирование.

Документ, предоставляющий право на льготное зубопротезирование (отметить):

Удостоверение:

ветерана труда;

труженика тыла - лица, проработавших в тылу в период с 22 июня 1941 года по 9 мая 1945 года не менее шести месяцев, исключая период работы на временно оккупированных территориях

ветерана труда Ханты-Мансийского автономного округа – Югры;

СССР, либо награжденного орденами и медалями СССР за самоотверженный труд в период Великой

справка по инвалидности;

Отечественной войны;

участника Великой Отечественной войны;

инвалида Великой Отечественной войны и боевых действий;

ветерана боевых действий;

военнослужащих, лиц рядового и начальствующего состава органов внутренних дел, войск национальной гвардии, Государственной противопожарной службы, учреждений и органов уг.-исп. системы, органов принудительного исполнения РФ, прокуроров и следователей, ставших инвалидами вследствие ранения, контузии или увечья, полученных при исполнении;

лица, подвергшегося политическим репрессиям и впоследствии реабилитированных, и лица, пострадавшего от политических репрессий;

лица, награжденного знаком "Житель блокадного Ленинграда";

нетрудоспособного члена семьи погибших (умерших) инвалидов войны, участников Великой Отечественной войны, ветеранов боевых действий, состоявшего на его иждивении и получающего пенсию по случаю потери кормильца (имеющего право на ее получение) в соответствии с пенсионным законодательством Российской Федерации;

лица, работавшего на объектах противовоздушной обороны, местной противовоздушной обороны, на строительстве оборонительных сооружений, военно-морских баз, аэродромов и других военных объектов.

бывшего несовершеннолетнего узника фашизма;

лица, награжденные знаком «Житель осажденного Севастополя», «Житель осажденного «Сталинграда»»;

Подтверждаю, что за последние два календарных года в Учреждении услугой бесплатного зубопротезирования не пользовался.

Дата « ____ » _____ 20__ год

(подпись)

***Письменный ответ заявителем будет получен только в случае отказа в постановке в очередь. При постановке в очередь на льготное зубопротезирование заявителя уведомят по телефону о дате приема.**

№ очереди _____

Дата приема _____

Согласование:

Изготовление зубных протезов за последние два календарных года: да / нет

20__ г.

Экономист:

(ФИО, подпись)

Юрисконсульт _____

(ФИО, подпись)

Дата рассмотрения заявления

« ____ » _____ 20__ год

Главному врачу АУ «Урайская городская
стоматологическая поликлиника»
Силантьевой Г.П.

от _____
(ф.и.о. полностью)

Дата рождения ____ . ____ . ____ г.,
зарегистрированного (ой) по адресу:

(наименование населенного пункта)

м-он (ул.) _____

дом _____ кв. _____

Контактный тел. _____

СНИЛС _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить мне меру социальной поддержки в виде изготовления и (или) ремонта зубных протезов за счет средств бюджета Ханты-Мансийского автономного округа – Югры (далее – бесплатное зубопротезирование).

Заявляю о своей принадлежности к предусмотренной Законом Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 07.11.2006 № 115-оз «О мерах социальной поддержки отдельных категорий граждан в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре» категории – одиноко проживающие неработающие граждане (женщины старше 55 лет и мужчины старше 60 лет). В жилом помещении по адресу государственной регистрации проживаю один (одна).

Предоставляю документы, подтверждающие право на бесплатное зубопротезирование.

Подписав настоящее заявление, я подтверждаю достоверность предоставленных мной сведений.

Настоящим даю согласие на проведение в отношении меня проверки с целью установления достоверности заявленных мной сведений о принадлежности к указанной выше категории получателей бесплатного зубопротезирования.

Последствия предоставления ложных и (или) недостоверных сведений в виде взыскания с меня стоимости зубопротезирования и привлечения к иной ответственности, установленной законодательством, мне известны.

К настоящему заявлению прилагаю документы на _____ листах.

« ____ » _____ 20__ год

(подпись)

№ очереди _____

Дата приема _____

Согласование:

Изготовление зубных протезов за последние два календарных года: да / нет
20__ г.

Экономист:

(ФИО, подпись)

Юрисконсульт _____
(ФИО, подпись)

Дата рассмотрения заявления

«__» _____ 20__ год

Главному врачу АУ «Урайская городская
стоматологическая поликлиника»
Силантьевой Г.П.

от _____
(ф.и.о. полностью)

Дата рождения ____ . ____ . ____ г.,
зарегистрированного (ой) по адресу:

(наименование населенного пункта)

м-он (ул.) _____

дом _____ кв. _____

Контактный тел. _____

СНИЛС _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить мне меру социальной поддержки в виде изготовления и (или) ремонта зубных протезов за счет средств бюджета Ханты-Мансийского автономного округа – Югры (далее – бесплатное зубопротезирование).

Заявляю о своей принадлежности к предусмотренной Законом Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 07.11.2006 № 115-оз «О мерах социальной поддержки отдельных

категорий граждан в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре» категории – граждане, проживающие в составе семьи, состоящей только из совместно проживающих неработающих граждан (женщины старше 55 лет и мужчины старше 60 лет). В жилом помещении по адресу государственной регистрации проживают следующие лица.

№ п/п	ФИО, дата/месяц/год рождения	Является/не является родственником (степень родства)	Информация о трудовом статусе (работает/не работает)
1			
2			
3			
4			

Предоставляю документы, подтверждающие право на бесплатное зубопротезирование.

Подписав настоящее заявление, я подтверждаю достоверность предоставленных мной сведений.

Настоящим даю согласие на проведение в отношении меня проверки с целью установления достоверности заявленных мной сведений о принадлежности к указанной выше категории получателей бесплатного зубопротезирования.

Последствия предоставления ложных и (или) недостоверных сведений в виде взыскания с меня стоимости зубопротезирования и привлечения к иной ответственности, установленной законодательством, мне известны.

К настоящему заявлению прилагаю документы на _____ листах.

«__» _____ 20__ год

(подпись)