

Қызметкерлердің өмірі мен денсаулығына келтірілген зиянды өтеу жөніндегі төлемдерді капиталдандыру кезеңі аяқталғаннан кейін банкроттық салдарынан таратылған заңды тұлғалардың Қазақстан Республикасының азаматтарына ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік көмекті жүзеге асыруға арналған нысандарды бекіту туралы

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2016 жылғы 31 мамырдағы № 466 бұйрығы. Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде 2016 жылы 7 шілдеде № 13887 болып тіркелді.

Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2011 жылғы 25 мамырдағы № 571 қаулысымен бекітілген Қызметкерлердің өмірі мен денсаулығына келтірілген зиянды өтеу жөніндегі төлемдерді капиталдандыру кезеңі аяқталғаннан кейін банкроттық салдарынан таратылған заңды тұлғалардың Қазақстан Республикасының азаматтарына ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік көмекті жүзеге асыру қағидаларының 2, 4, 5, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 27, 28-тармақтарына сәйкес **БҰЙЫРАМЫН:**

1. Мыналар:

1) осы бұйрыққа 1-қосымшаға сәйкес ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік көмекті тағайындауға өтініштің нысаны;

2) осы бұйрыққа 2-қосымшаға сәйкес ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік көмекті тағайындауға өтінішті қабылдаудан бас тарту туралы қолхаттың нысаны;

3) осы бұйрыққа 3-қосымшаға сәйкес тағайындау туралы азаматтардың өтініштерін тіркеудің электрондық журналының нысаны;

4) осы бұйрыққа 4-қосымшаға сәйкес ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік көмекті тағайындау (тағайындаудан бас тарту) туралы шешімнің нысаны;

5) осы бұйрыққа 5-қосымшаға сәйкес тағайындау (тағайындаудан бас тарту) туралы хабарламаның нысаны;

6) осы бұйрыққа 6-қосымшаға сәйкес хабарламалар журналының нысаны;

7) осы бұйрыққа 7-қосымшаға сәйкес sms-хабарлар журналының нысаны;

8) осы бұйрыққа 8-қосымшаға сәйкес ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік көмектің мөлшерін арттыру туралы электрондық шешім жобасының нысаны;

9) осы бұйрыққа 9-қосымшаға сәйкес ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік көмекті алуға құқығы бар адамның қағаз нұсқадағы ісінің нысаны;

10) осы бұйрыққа 10-қосымшаға сәйкес ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік көмекті алушының қағаз нұсқадағы ісіне сұрау салуға өтініштің нысаны;

11) осы бұйрыққа 11-қосымшаға сәйкес анықтама-аттестаттың нысаны;

12) осы бұйрыққа 12-қосымшаға сәйкес ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік көмекті төлеуді тоқтата тұру туралы шешімнің нысаны;

13) осы бұйрыққа 13-қосымшаға сәйкес ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік көмекті төлеуді тоқтату туралы шешімнің нысаны бекітілсін.

2. Әлеуметтік қамсыздандыру және әлеуметтік сақтандыру департаменті заңнамада белгіленген тәртіппен:

1) осы бұйрықты Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркеуді;

2) осы бұйрық Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркелгеннен кейін күнтізбелік он күн ішінде оның көшірмесін мерзімді баспа басылымдарында және "Әділет" ақпараттық-құқықтық жүйесінде ресми жариялауға, сондай-ақ Қазақстан Республикасының нормативтік құқықтық актілерінің Эталондық бақылау банкіне енгізу үшін Республикалық құқықтық ақпарат орталығына баспа және электрондық түрде жіберуді;

3) осы бұйрықты Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігінің ресми интернет-ресурсында орналастыруды;

4) осы бұйрық Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркелгеннен кейін он жұмыс күні ішінде Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігінің Заң қызметі департаментіне осы тармақтың 1), 2) және 3) тармақшаларында көзделген іс-шаралардың орындалуы туралы мәліметтерді ұсынуды қамтамасыз етсін.

3. Осы бұйрықтың орындалуын бақылау Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму вице-министрі С.Қ. Жақыповаға жүктелсін.

4. Осы бұйрық алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі.

Қазақстан Республикасының

Денсаулық сақтау және әлеуметтік

даму министрі

Т. Дүйсенова

КЕЛІСІЛДІ

Қазақстан Республикасының

Ақпарат және коммуникациялар

министрі

_____ Д. Абаев

2016 жылғы 3 маусым

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау және
әлеуметтік даму министрінің
2016 жылғы 31 мамырдағы

Ауданның коды _____

Қазақстан Республикасы

**Халықты әлеуметтік қорғау саласындағы реттеу және бақылау комитетінің _____
_____ облысы (қаласы) бойынша департаменті Ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік
көмекті тағайындауға Өтініш**

**Ескерту. 1-қосымша жаңа редакцияда - ҚР Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау
министрінің 28.05.2026 № 213 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік
он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.**

Азамат (ша) _____

(өтініш берушінің тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда)

Туған күні: _____ жылғы " ____ " _____

Жеке сәйкестендіру нөмірі: _____

Жеке басын куәландыратын құжаттың түрі: _____

Құжаттың сериясы: _____ құжаттың нөмірі: _____ кім берген: _____

Берілген күні: _____ жылғы " ____ " _____

Тұрақты тұратын жерінің мекенжайы: _____

Облыс _____

кала (аудан) _____ ауыл _____

көше (шағынаудан) _____ үй, _____ пәтер

Банк деректемелері:

Банктің атауы _____

Банк шотының № _____

Шот түрі: ағымдағы _____ карта шоты _____

(қажеттісінің асты сызылсын)

Маған бұрын капиталдандырылған және зиянды өтеу үшін біржолғы сома төленген кезеңнің аяқталуына байланысты ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік көмекті тағайындауды (қалпына келтіруді) сұраймын.

Төленетін ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік көмек мөлшерінің өзгеруіне әкеп соғуы мүмкін барлық өзгерістер, сондай-ақ тұрғылықты жерімнің өзгеруі (оның ішінде Қазақстан Республикасының шегінен тыс жерлерге кету), сауалнама деректерінің, банк деректемелерінің өзгеруі туралы "Азаматтарға арналған үкімет" мемлекеттік корпорациясының бөлімшесіне күнтізбелік 10 күн ішінде хабарлауға міндеттенемін.

"Азаматтарға арналған үкімет" мемлекеттік корпорациясының бөлімшесіне ұсынылған құжаттардың түпнұсқалылығы үшін құқықтық жауапкершілікті мойныма аламын.

Өтінішке қоса берілген құжаттардың тізбесі:

р/с №	Құжаттың атауы	Құжаттағы парақтардың саны	Ескертпе
1			
2			
3			

Төлем тағайындауға қажетті менің дербес деректерімді жинауға және өңдеуге келісім беремін.

Бұрын капиталдандырылған және зиянды өтеу үшін біржолғы сома төленген кезеңнің аяқталуына байланысты ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік көмекті тағайындау (тағайындаудан бас тарту) туралы шешім қабылдау жөнінде ұялы телефонға sms-хабар жіберу арқылы хабарлауға келісім беремін.

Мемлекеттік қызметті "Азаматтарға арналған үкімет" мемлекеттік корпорациясы арқылы алған жағдайда цифрлық жүйелерде қамтылған, заңмен қорғалатын құпияны құрайтын мәліметтерді пайдалануға келісім беремін.

Өтініш берушінің байланыс деректері:

үй телефоны _____ ұялы телефоны _____ E-mail _____

өтініш берген күні: 20 ____ жылғы " ____ " _____

Өтініш берушінің қолы _____

_____ (қию сызығы) Азамат (ша) _____

өтініші № ____ болып тіркелді.

Құжаттар қабылданған күн 20 ____ жылғы " ____ " _____

_____ құжаттарды қабылдаған адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) және қолы

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау және
әлеуметтік даму министрінің
2016 жылғы 31 мамырдағы
№ 466 бұйрығына
2-қосымша
Нысан

Ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік көмекті тағайындауға өтінішті қабылдаудан бас тарту туралы қолхат

Ескерту. 2-қосымша жаңа редакцияда - ҚР Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрінің 28.05.2026 № 213 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

20__ жылғы " __ " _____ № _____

Азамат (ша) _____

(өтініш берушінің тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда)

Туған күні _____ жылғы " __ " _____

Қамқоршы _____

(тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда)

Жүгінген күні 20__ жылғы " __ " _____

(себебі көрсетілсін)

тағайындауға өтініш қабылдаудан бас тартылды

(жауапты адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) және лауазымы)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау және
әлеуметтік даму министрінің
2016 жылғы 31 мамырдағы
№ 466 бұйрығына
3-қосымша
Нысан

Тағайындау туралы азаматтардың өтініштерін тіркеудің электрондық журналы

Ескерту. 3-қосымша жаңа редакцияда - ҚР Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрінің 28.05.2026 № 213 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

Өтініштің №	Тіркеу күні	Жүгіну күні	Бөлімше коды	Істің №	Өтініш берушінің жеке сәйкестендіру нөмірі	Өтініш берушінің тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда)
1	2	3	4	5	6	7
						Жүктеу

(кестенің жалғасы)

Туған күні	Төлемнің түрі	Маман	Шешімнің /тағайындаудан бас тарту күні	Төлемнің мөлшері	Тағайындау күні	Тағайындау түрі
8	9	10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау және
әлеуметтік даму министрінің
2016 жылғы 31 мамырдағы
№ 466 бұйрығына

Код _____
Облыс (қала) _____

Ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік көмекті тағайындау (тағайындаудан бас тарту) туралы 20____ жылғы " ____ " _____ № _____ шешім Халықты әлеуметтік қорғау саласындағы реттеу және бақылау комитетінің _____ облысы (қаласы) бойынша департаменті

Ескерту. 4-қосымша жаңа редакцияда - ҚР Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрінің 28.05.2026 № 213 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

Істің № _____
Азамат (ша) _____
Жеке сәйкестендіру нөмірі _____
Туған күні _____
Жүгінген күні _____ № _____
Капиталдандырылған төлемдер сомасы _____
Капиталдандыру кезеңі _____
Тағайындау күні _____
Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі _____ (%-бен)
Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі _____ мерзімге дейін белгіленді.

1. Ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік көмек Қазақстан Республикасы Азаматтық кодексінің (Ерекше бөлім) 945-бабының 4-тармағына сәйкес тағайындалсын .

Ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік көмектің мөлшері _____ бастап _____ дейін _____ теңге (_____ теңге) (сомасы жазбаша).

2. Ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік көмекті тағайындаудан бас тартылсын : _____

(бас тарту негіздемесі)

Департамент басшысы _____

(тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (қолы)

Департамент басқармасының (бөлімінің) бастығы

(тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (қолы)

Департаменттің тағайындау жөніндегі маманы

(тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (қолы)

Шешім жобасын дайындаған:

"Азаматтарға арналған үкімет" мемлекеттік корпорациясының жауапты адамдары _____

(тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда))

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау және
әлеуметтік даму министрінің
2016 жылғы 31 мамырдағы
№ 466 бұйрығына
5-қосымша
Нысан

Тағайындау (тағайындаудан бас тарту) туралы хабарлама 20__ жылғы "___" _____ № _____

Ескерту. 5-қосымша жаңа редакцияда - ҚР Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрінің 28.05.2026 № 213 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

Азамат (ша) _____

(тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда))

Туған күні _____ жылғы "___" _____

Тағайындау (тағайындаудан бас тарту) туралы 20__ жылғы "___" _____

№ _____ шешім

Тағайындалған ақша қаражатының сомасы:

20__ жылғы "___" _____ бастап

_____ теңге (сомасы жазбаша)

негіздеме (себебі көрсетілсін) тағайындаудан бас тартылды

Хабарлама жауапты адамның ЭЦҚ-сымен куәландырылды

(жауапты адамның лауазымы және тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда))

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау және
әлеуметтік даму министрінің
2016 жылғы 31 мамырдағы
№ 466 бұйрығына
6-қосымша
Нысан

Хабарламалар журналы _____ (төлемнің түрі)

Ескерту. 6-қосымша жаңа редакцияда - ҚР Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрінің 28.05.2026 № 213 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

"Азаматтарға арналған үкімет" мемлекеттік корпорациясының _____
бөлімшесі бойынша

р/с №	Жеке сәйкес тендіру нөмірі	Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда)	Туған күні	Істің №	Төлемнің түрі	Хабарламан ы табыстау күні	Маман

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау және
әлеуметтік даму министрінің
2016 жылғы 31 мамырдағы
№ 466 бұйрығына
7-қосымша
Нысан

Sms-хабарлар журналы _____ (төлемнің түрі)

Ескерту. 7-қосымша жаңа редакцияда - ҚР Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрінің 28.05.2026 № 213 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

"Азаматтарға арналған үкімет" мемлекеттік корпорациясының
_____ бөлімшесі бойынша

Р/с №	Жеке сәйкес тендіру нөмірі	Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда)	Туған күні	Істің №	Төлемнің түрі	sms-хабар жіберу күні	Телефон нөмірі	Маман

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау және
әлеуметтік даму министрінің
2016 жылғы 31 мамырдағы
№ 466 бұйрығына
8-қосымша
Нысан

Код _____

Облыс (қала) _____

Ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік көмектің мөлшерін арттыру туралы электрондық шешім жобасы Халықты әлеуметтік қорғау саласындағы реттеу және бақылау комитетінің _____ облысы (қаласы) бойынша департаменті

Ескерту. 8-қосымша жаңа редакцияда - ҚР Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрінің 28.05.2026 № 213 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

20____ жылғы " _____ " _____ № _____

Істің № _____

Азамат (ша) _____

(тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда)

Туған күні 20_____ жылғы " _____ " _____

Тағайындау күні 20_____ жылғы " _____ " _____

Ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік көмектің мөлшері 20____ жылғы " ____ " ____
_____ дейін _____ теңге

(сомасы жазбаша)

Ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік көмектің мөлшері _____ сәйкес арттырылсын

(нормативтік құқықтық актінің атауы, нөмірі және күні)

Ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік көмектің мөлшері

20____ жылғы _____ бастап _____ теңге

(сомасы жазбаша)

Департамент басшысы _____

(тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (қолы)

Департамент басқармасының

(бөлімінің) басшысы _____

(тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (қолы)

Департаменттің тағайындау

жөніндегі маманы _____

(тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (қолы)

Шешім жобасын дайындаған:

"Азаматтарға арналған үкімет" мемлекеттік корпорациясының

жауапты адамдары _____

(тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау және
әлеуметтік даму министрінің
2016 жылғы 31 мамырдағы
№ 466 бұйрығына
9-қосымша
Нысан

**Ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік көмекті алуға құқығы бар адамның қағаз
нұсқадағы ісі**

**Ескерту. 9-қосымша жаңа редакцияда - ҚР Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау
министрінің 28.05.2026 № 213 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік
он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.**

Ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік көмекті алуға құқығы бар
адамның қағаз нұсқадағы ісі № _____

Қазақстан Республикасы	
Облыс	
Қала (аудан)	
Телефон	
Төлемнің түрі	
Тегі	
Аты	
Әкесінің аты (ол болған жағдайда)	
Банк филиалы	
№ байланыс бөлімшесі	
Төлеу кестесі	

Есепке қабылдау және есептен шығару туралы белгілер

Есептен 20__ жылғы " __ " _____ шығарылсын

Төлемнің түрі _____

Төлемнің мөлшері _____ теңге

20__ жылғы _____ дейін төленді

Істегі парақтардың саны _____

М.О. _____

Бөлімше бастығы _____

Есепке 20__ жылғы " __ " _____ қабылдансын

Төлемнің түрі _____

Төлемнің мөлшері _____ теңге/ _____ /

Істегі парақтардың саны _____

М.О. _____

Бөлімше бастығы _____

Есептен 20__ жылғы " __ " _____ шығарылсын

Төлемнің түрі _____

Төлемнің мөлшері _____ теңге

20__ жылғы _____ дейін төленді.

Істегі парақтардың саны _____

М.О. Бөлімше бастығы _____

Есепке 20__ жылғы " __ " _____ қабылдансын

Төлемнің түрі _____

Төлемнің мөлшері _____ теңге/ _____ /

Істегі парақтардың саны _____

М.О. Бөлімше бастығы _____

Түгендеу жүргізу туралы белгілер

__	парақ		__	парақ	
(күні, қолы) (күні, қолы)					
__	парақ		__	парақ	
(күні, қолы) (күні, қолы)					
__	парақ		__	парақ	
(күні, қолы) (күні, қолы)					
__	парақ		__	парақ	

(күні, қолы) (күні, қолы)
____ парак _____ ____ парак _____
(күні, қолы) (күні, қолы)
____ парак _____ ____ парак _____
(күні, қолы) (күні, қолы)

Істерді тексеру туралы белгілер

Өкіл _____	Өкіл _____
(күні, қолы) (күні, қолы)	
Өкіл _____	Өкіл _____
(күні, қолы) (күні, қолы)	
Өкіл _____	Өкіл _____
(күні, қолы) (күні, қолы)	
Өкіл _____	Өкіл _____
(күні, қолы) (күні, қолы)	
Өкіл _____	Өкіл _____
(күні, қолы) (күні, қолы)	
Өкіл _____	Өкіл _____
(күні, қолы) (күні, қолы)	

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау және
әлеуметтік даму министрінің
2016 жылғы 31 мамырдағы
№ 466 бұйрығына
10-қосымша
Нысан

Ауданның коды _____

Қазақстан Республикасы

"Азаматтарға арналған үкімет" мемлекеттік корпорациясының _____
облысы бойынша _____ бөлімшесі

Ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік көмекті алушының қағаз нұсқадағы ісіне сұрау салуға өтініш

Ескерту. 10-қосымша жаңа редакцияда - ҚР Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрінің 28.05.2026 № 213 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

Азамат (ша) _____

(алушының тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда))

Туған күні: _____ жылғы " ____ " _____

Жеке сәйкестендіру нөмірі _____

Жеке басты куәландыратын құжаттың түрі: _____

Құжаттың сериясы: _____ құжаттың нөмірі: _____ кім берген: ____

Берілген күні: _____ жылғы " ____ " _____

Тұрақты тұратын жерінің мекенжайы: _____

Облыс _____

қала (аудан) _____ ауыл _____

көше (шағынаудан) _____ үй _____ пәтер _____

Ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік көмекті алушының қағаз нұсқадағы ісін сұратуды сұраймын.

Төленетін ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік көмек мөлшерінің өзгеруіне әкеп соғуы мүмкін барлық өзгерістер, сондай-ақ тұрғылықты жерімнің (оның ішінде Қазақстан Республикасының шегінен тыс жерлерге кету), сауалнама деректерінің, банк деректемелерінің өзгеруі туралы "Азаматтарға арналған үкімет" мемлекеттік корпорациясының бөлімшесіне күнтізбелік 10 күн ішінде хабарлауға міндеттенемін.

Бұрын тұрған жерінің мекенжайы: _____

Өтінішке қоса берілген құжаттардың тізбесі:

р/с №	Құжаттың атауы	Құжаттағы парақтардың саны	Ескертпе
1			
2			

Өтініш берушінің байланыс деректері:

үй телефоны _____ ұялы телефон _____ E-mail _____

Дәйексіз мәліметтер мен жасанды құжаттарды ұсынғаны үшін жауапкершілік туралы

ескертілдім _____

Берілген күні 20__ жылғы "___" _____

Өтініш берушінің қолы _____

_____ (қию сызығы)

Азамат (ша) _____ өтініші

20__ жылғы "___" _____ № _____ қабылданды

Құжаттарды қабылдаған адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) және қолы: _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау және
әлеуметтік даму министрінің
2016 жылғы 31 мамырдағы
№ 466 бұйрығына
11-қосымша
Нысан

№ _____ АНЫҚТАМА-АТТЕСТАТ 20__ ЖЫЛҒЫ _____

Ескерту. 11-қосымша жаңа редакцияда - ҚР Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрінің 28.05.2026 № 213 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

Азамат (ша) _____

"Азаматтарға арналған үкімет" Мемлекеттік корпорациясының _____

бөлімшесінен ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік көмекті алып отырды

1. Ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік көмек 20__ жылғы _____ дейін _____ теңге мөлшерінде төленді

Қосымша: _____

Төлем тоқтатылды және "Азаматтарға арналған үкімет" мемлекеттік корпорациясының

бөлімшесінен есептен алынды _____

(маманның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қызмет телефонының №) М.О.

"Азаматтарға арналған үкімет" мемлекеттік корпорациясы бөлімшесінің бастығы

(тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда))

"Азаматтарға арналған үкімет" мемлекеттік корпорациясы бөлімшесінің маманы

(тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) қызмет телефонының №)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау және
әлеуметтік даму министрінің
2016 жылғы 31 мамырдағы
№ 466 бұйрығына
12-қосымша
Нысан

Код _____

Облыс (қала) _____

Ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік көмекті төлеуді тоқтата тұру туралы 20__ жылғы "___" _____ № _____ шешім Халықты әлеуметтік қорғау саласындағы реттеу және бақылау комитетінің _____ облысы (қаласы) бойынша департаменті

Ескерту. 12-қосымша жаңа редакцияда - ҚР Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрінің 28.05.2026 № 213 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

Істің № _____

Азамат (ша) _____

Жынысы _____ туған күні 19__ жылғы "___" _____

Төлем 20__ жылғы "___" _____ бастап тоқтатыла тұрсын.

Негіздеме _____

(себебі көрсетілсін)

Департамент басшысы _____

(тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда)

Басқарма (бөлім) басшысы _____

(тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда)

Маман _____

(тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда)

Шешімнің жобасын дайындаған:

"Азаматтарға арналған үкімет" мемлекеттік корпорациясының
жауапты адамдары

(тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау және
әлеуметтік даму министрінің
2016 жылғы 31 мамырдағы
№ 466 бұйрығына
13-қосымша
Нысан

Код _____

Облыс (қала) _____

**Ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік көмекті төлеуді тоқтату туралы 20__ жылғы "___"
"_____ № _____ шешім Халықты әлеуметтік қорғау саласындағы
реттеу және бақылау комитетінің _____ облысы (қаласы) бойынша
департаменті**

**Ескерту. 13-қосымша жаңа редакцияда - ҚР Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау
министрінің 28.05.2026 № 213 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік
он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.**

Істің № _____

Азамат (ша) _____

Жынысы _____ туған күні 19__ жылғы "___" _____

Төлем 20__ жылғы "___" _____ бастап тоқтатылсын

Негіздеме _____

(себебі көрсетілсін)

Департамент басшысы _____

(тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда)

Басқарма (бөлім) басшысы _____

(тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда)

Маман _____

(тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда)

Шешімнің жобасын дайындаған:

Азаматтарға арналған үкімет" мемлекеттік корпорациясының

жауапты адамдары _____

(тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда)