Об утверждении форм, предназначенных для осуществления социальной помощи в виде ежемесячных выплат гражданам Республики Казахстан после завершения периода капитализации платежей по возмещению вреда, причиненного жизни или здоровью работников юридическими лицами, ликвидированными вследствие банкротства

Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 31 мая 2016 года № 466. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 7 июля 2016 года № 13887.

В соответствии с пунктами 2, 4, 5, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 27, 28 Правил осуществления социальной помощи в виде ежемесячных выплат гражданам Республики Казахстан после завершения периода капитализации платежей по возмещению вреда, причиненного жизни и здоровью работников юридическими лицами, ликвидированными вследствие банкротства, утвержденных постановлением Правительства Республики Казахстан от 25 мая 2011 года № 571, **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить:

1) форму заявления на назначение социальной помощи в виде ежемесячных выплат согласно приложению 1 к настоящему приказу;

2) форму расписки об отказе в приеме заявления на назначение социальной помощи в виде ежемесячных выплат согласно приложению 2 к настоящему приказу;

3) форму электронного журнала регистрации заявлений граждан о назначении согласно приложению 3 к настоящему приказу;

4) форму решения о назначении (отказе в назначении) социальной помощи в виде ежемесячных выплат согласно приложению 4 к настоящему приказу;

5) форму уведомления о назначении (отказе в назначении) согласно приложению 5 к настоящему приказу;

6) форму журнала уведомлений согласно приложению 6 к настоящему приказу;

7) форму журнала sms-оповещаний согласно приложению 7 к настоящему приказу;

8) форму электронного проекта решения о повышении размера социальной помощи в виде ежемесячных выплат согласно приложению 8 к настоящему приказу;

9) форму бумажного варианта дела лица, имеющего право на получение социальной помощи в виде ежемесячных выплат согласно приложению 9 к настоящему приказу;

10) форму заявления на запрос бумажного дела получателя социальной помощи в виде ежемесячных выплат согласно приложению 10 к настоящему приказу;

11) форму справки-аттестата согласно приложению 11 к настоящему приказу;

12) форму решения о приостановлении выплаты социальной помощи в виде ежемесячных выплат согласно приложению 12 к настоящему приказу;

13) форму решения о прекращении выплаты социальной помощи в виде ежемесячных выплат согласно приложению 13 к настоящему приказу.

2. Департаменту социального обеспечения и социального страхования в установленном законодательством порядке обеспечить:

1) государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан;

2) в течение десяти календарных дней после государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан направление его копии в печатном и электронном виде на официальное опубликование в периодических печатных изданиях и информационно-правовой системе "Әділет", а также в Республиканский центр правовой информации для внесения в Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов Республики Казахстан;

3) размещение настоящего приказа на официальном интернет-ресурсе Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан;

4) в течение десяти рабочих дней после государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан представление в Департамент юридической службы Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1), 2) и 3) настоящего пункта.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан Жакупову С.К.

4. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования.

Министр здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан Т. Дуйсенова

СОГЛАСОВАН
Министр информации и коммуникаций
Республики Казахстан
_____ Д. Абаев
6 июня 2016 года

Приложение 1
к приказу Министра здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от 31 мая 2016 года № 466

форма
Код района _____

Республика Казахстан
Департамент Комитета труда, социальной защиты и миграции
по _____ области (городу)

Заявление
на назначение социальной помощи в виде ежемесячных выплат

От гражданина (ки) _____
(фамилия, имя, отчество (при его наличии) заявителя)
Дата рождения: "____" _____ _____ года
Индивидуальный идентификационный номер: _____
Вид документа, удостоверяющего личность: _____
Серия документа: ____ номер документа: ____ кем выдан: _____
Дата выдачи: "____" _____ _____ года
Адрес постоянного местожительства: _____
Область _____
город (район) _____ село: _____
улица (микрорайон) _____ дом _____ квартира _____
Банковские реквизиты:
Наименование банка _____
Банковский счет № _____
Тип счета: текущий _____ карточный счет _____
(нужное подчеркнуть)

Прошу назначить (возобновить) мне социальную помощь в виде ежемесячных выплат в связи с завершением периода, на который ранее была капитализирована и выплачена единовременная сумма в возмещение вреда.

Обо всех изменениях, влекущих изменение размера выплачиваемой социальной помощи в виде ежемесячных выплат, а также изменении местожительства (в т.ч. выезд за пределы Республики Казахстан) анкетных данных, банковских реквизитов обязуюсь сообщить в отделение Государственной корпорации "Правительство для граждан" в течение 10 календарных дней.

Несу правовую ответственность за подлинность представленных в отделение Государственной корпорации "Правительство для граждан" документов.

Перечень документов, приложенных к заявлению:

№ п/п	Наименование документа	Количество листов в документе	Примечание
1			
2			
3			

Даю согласие на сбор и обработку моих персональных данных, необходимых для назначения выплаты.

Даю согласие на уведомление о принятии решения о назначении (отказе в назначении) социальной помощи в виде ежемесячных выплат в связи с завершением периода, на который ранее была капитализирована и выплачена единовременная сумма в возмещение вреда путем отправления на мобильный телефон sms-оповещения.

В случае получения государственной услуги через Государственную корпорацию " Правительство для граждан" даю согласие на использование сведений, составляющих охраняемую законом тайну, содержащихся в информационных системах.

Контактные данные заявителя:

телефон домашний _____ мобильный _____ E-mail _____

дата подачи заявления: "____" _____ 20__ года.

Подпись заявителя _____

_____

(линия отреза)

Заявление гражданина (ки) _____

зарегистрировано за № __ дата принятия документов "__" ___ 20___ года

_____

фамилия, имя, отчество (при его наличии) и роспись принявшего документы

Приложение 2
к приказу Министра здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от 31 мая 2016 года № 466

форма

Расписка
об отказе в приеме заявления на назначение
социальной помощи в виде ежемесячных выплат

№ ____ от "___" _____ 20___ года

Гражданин (ка) _____

(фамилия, имя, отчество (при его наличии) заявителя)

Дата рождения "____" _____ ____ года

Опекун _____

(фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Дата обращения "_____" _____ 20____ года

Отказано в приеме заявления на назначение

_____

(указать причину)

_____

(фамилия, имя, отчество (при его наличии) и должность ответственного лица)

Приложение 3
к приказу Министра здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от 31 мая 2016 года № 466

форма

Электронный журнал регистрации заявлений граждан о назначении

№ заявления	Дата регистрации	Дата обращения	Код отделения	№ дела	Индивидуальный идентификационный номер заявителя	Фамилия имя отчество (при его наличии) заявителя
1	2	3	4	5	6	7

(продолжение таблицы)

Дата рождения	Вид выплаты	Специалист	Дата решения/отказа в назначении	Размер выплаты	Дата назначения	Вид назначения
8	9	10	11	12	13	14

Приложение 4
к приказу Министра здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от 31 мая 2016 года № 466

форма
Код _____
Область (город) _____

Решение о назначении (отказе в назначении) социальной помощи в виде ежемесячных выплат

№ _____ от _____ 20____ года
Департамента Комитета труда, социальной защиты и миграции по _____ области (городу)

№ дела _____

Гражданин (ки) _____

Индивидуальный идентификационный номер _____

Дата рождения _____

Дата обращения _____ № _____

Сумма капитализированных платежей _____

Период капитализации _____

Дата назначения _____

Степень утраты профессиональной трудоспособности (в %) _____

Утрата профессиональной трудоспособности установлена на срок

_____

1. Назначить социальную помощь в виде ежемесячных выплат в соответствии с пунктом 4 статьи 945 Гражданского Кодекса Республики Казахстан (Особенная часть).

Размер социальной помощи в виде ежемесячных выплат _____ тенге

(_____ тенге)

сумма прописью

с _____ по _____

2. Отказать в назначении социальной помощи в виде ежемесячных выплат:

_____

(основание отказа)

Директор департамента_____

(фамилия, имя, отчество (при его наличии) (подпись)

Начальник управления (отдела) департамента _____

(фамилия, имя, отчество (при его наличии) (подпись)

Специалист по назначению департамента_____

(фамилия, имя, отчество (при его наличии) (подпись)

Проект решения подготовлен:

Ответственные лица Государственной корпорации "Правительство для граждан" _____

(фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Приложение 5
к приказу Министра здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от 31 мая 2016 года № 466

форма

Уведомление
о назначении (отказе в назначении)

№ _____ от "___" _____ 20__ года
Гражданин (ка) _____
(фамилия, имя, отчество (при его наличии)
Дата рождения "____" _____ ____ года
Решение о назначении (отказе в назначении) № ___ от "__" _____ 20__ года
Назначенная сумма денежных средств:
_____ тенге
(сумма прописью)
с "_____" _____ 20____ года
Отказано в назначении _____
основание (указать причины)
Уведомление удостоверено ЭЦП ответственного лица
_____
(должность и фамилия, имя, отчество (при его наличии)
ответственного лица)

Приложение 6
к приказу Министра здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от 31 мая 2016 года № 466

Форма

Журнал уведомлений

_____
(вид выплаты)
по _____ отделению Государственной корпорации
"Правительства для граждан"

№ п/п	Индивидуальный идентификационный номер	Фамилия имя, отчество (при его наличии)	Дата рождения	№ дела	Вид выплаты	Дата вручения уведомления	Специалист

Приложение 7
к приказу Министра здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от 31 мая 2016 года № 466

Форма

Журнал sms-оповещений

_____
(вид выплаты)
по _____ отделению Государственной корпорации "Правительство для граждан"

№ п/п	Индивидуальный идентификационный номер	Фамилия имя, отчество (при его наличии)	Дата рождения	№ дела	Вид выплаты	Дата передачи sms-оповещения	№ телефона	Специалист

Приложение 8
к приказу Министра здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от 31 мая 2016 года № 466

форма
Код _____
Область (город) _____

Электронный проект решения о повышении размера социальной помощи в виде ежемесячных выплат

№ _____ от __ _____ 20__ года
Департамента Комитета труда, социальной защиты и миграции по _____ области (городу)
№ дела _____
Гражданин (ка) _____
(фамилия, имя, отчество (при его наличии)
Дата рождения "__" _____
Дата назначения "__" _____ 20__ года
Размер социальной помощи в виде ежемесячных выплат до _____ 20__ года _____ тенге _____
(сумма прописью)
Повысить размер социальной помощи в виде ежемесячных выплат в соответствии с _____
(наименование, номер и дата нормативного правового акта)
Размер социальной помощи в виде ежемесячных выплат с _____ 20__ года _____ тенге _____
(сумма прописью)

Директор департамента _____
(фамилия, имя, отчество (при его наличии) (подпись)
Начальник управления(отдела) департамента _____
(фамилия, имя, отчество (при его наличии) (подпись)
Специалист по назначению департамента_____
(фамилия, имя, отчество (при его наличии) (подпись)
Проект решения подготовлен:
Ответственные лица Государственной корпорации "Правительство для граждан" _____
(фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Приложение 9
к приказу Министра здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от 31 мая 2016 года № 466

форма

Бумажный вариант дела лица, имеющего право на получение социальной помощи в виде ежемесячных выплат

Бумажный вариант дела лица, имеющего право на получение социальной помощи в виде ежемесячных выплат № _____	
Республика Казахстан	
Область	
Город (район)	
Телефон	
Вид выплаты	
Фамилия	
Имя	
Отчество (при наличии)	
Филиал банка	
Отделение связи №	
График выплаты	

Отметки о принятии и снятии с учета

Снять с учета с "_____" _____ 20_____ года
Вид выплаты _____
Выплачено по "____" _____ 20_____ года
Количество листов в деле _____
М.Ш. Начальник отделения _____
Принять на учет с "____" _____ 20_____ года
Вид выплаты _____
Размер выплаты _____ тенге /_____/
Количество листов в деле _____

М.Ш.
Начальник отделения _____
Снять с учета с "____" _____ 20_____ года
Вид выплаты _____
Размер выплаты _____ тенге
выплачено по "____" _____ 20_____ года
Количество листов в деле _____
М.Ш. Начальник отделения _____
Принять на учет с "____" _____ 20_____ года
вид выплаты _____
Размер выплаты _____ тенге /_____/
Количество листов в деле _____
М.Ш. Начальник отделения _____

Отметки о проведении инвентаризации

____ листов (дата, подпись, ___ листов (дата, подпись)
____ листов (дата, подпись, ___ листов (дата, подпись)
____ листов (дата, подпись, ___ листов (дата, подпись)
____ листов (дата, подпись, ___ листов (дата, подпись
____ листов (дата, подпись, ___ листов (дата, подпись)
____ листов (дата, подпись, ___ листов (дата, подпись)

Отметки о проверке дел

_____|_____|
|Представитель (дата, подпись)
_____|_____|
Представитель (дата, подпись)
_____|_____|
|Представитель (дата, подпись)
_____|_____|
Представитель (дата, подпись)
_____|_____|
|Представитель (дата, подпись)
_____|_____|
Представитель (дата, подпись)|

Приложение 10
к приказу Министра здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от 31 мая 2016 года № 466

форма
Код района _____
Республика Казахстан
_____ отделение Государственной корпорации
"Правительство для граждан"
по _____ области

Заявление на запрос бумажного дела получателя социальной помощи в виде ежемесячных выплат

От гражданина (ки) _____
(фамилия, имя, отчество (при его наличии) получателя)
Дата рождения: "_____" _____ года
Индивидуальный идентификационный номер _____
Вид документа, удостоверяющего личность: _____
Серия документа: _____ номер документа: ____ кем выдан: _____
Дата выдачи: "____" _____ _____ года
Адрес постоянного местожительства: _____
Область _____
город (район) _____ село: _____
улица (микрорайон)_____ дом _____ квартира ____

Прошу запросить бумажное дело получателя социальной помощи в виде ежемесячных выплат.

Обо всех изменениях, влекущих изменения размера выплачиваемой социальной помощи в виде ежемесячных выплат, а также изменении местожительства (в т.ч. выезд за пределы Республики Казахстан) анкетных данных, банковских реквизитов обязуюсь сообщать в отделение Государственной корпорации "Правительство для граждан" в течение 10 календарных дней.

Адрес прежнего местожительства: _____

Перечень документов, приложенных к заявлению:

№ п/п	Наименование документа	Количество листов в документе	Примечание
1			
2			

Контактные данные заявителя:
телефон домашний _____ мобильный _____ E-mail _____

Предупрежден (а) об ответственности за представление недостоверных сведений и поддельных документов

_____

Дата подачи "_____" _____ 20___ года
Подпись заявителя _____

_____

(линия отреза)
Заявление гражданина (ки) _____
принято "_____" _____ 20_____ года № _____

_____

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и подпись принявшего документы:

_____

Приложение 11
к приказу Министра здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от 31 мая 2016 года № 466

форма

СПРАВКА-АТТЕСТАТ № _____
от ____ _____ 20__ года

Гражданин (гражданка) _____
получал (а) социальную помощь в виде ежемесячных выплат в _____
отделении Государственной корпорации "Правительство для граждан"
1. Социальная помощь в виде ежемесячных выплат выплачена по ___
_____ 20__ года в размере _____ тенге
Приложение:

_____

Выплата прекращена и снята с учета отделения Государственной корпорации " Правительство для граждан"

_____
(фамилия, имя, отчество (при его наличии) специалиста,
№ служебного телефона)
М.Ш.
Начальник отделения Государственной корпорации "Правительство
для граждан" _____
(фамилия, имя, отчество (при его наличии)
Специалист отделения Государственной корпорации "Правительство
для граждан"

_____
(фамилия, имя, отчество (при его наличии) № служебного телефона)

Приложение 12
к приказу Министра здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от 31 мая 2016 года № 466

форма
Код _____
Область (город) _____

Решение о приостановлении выплаты социальной помощи в виде ежемесячных выплат

№ ____ от "_____" _____ 20____ года
Департамента Комитета труда, социальной защиты и миграции по _____ _____ области (города)
№ дела _____
Гражданин (ка)_____
Пол ___ Дата рождения "_____" _____ 19___ года
Приостановить выплату с "_____" _____ 20___ года
Основание _____
(указать причину)
Руководитель департамента _____
(фамилия, имя, отчество (при его наличии)
Руководитель управления (отдела) _____
(фамилия, имя, отчество (при его наличии)
Специалист _____
(фамилия, имя, отчество (при его наличии)
Проект решения подготовлен:
Ответственные лица Государственной корпорации "Правительство для граждан" _____
(фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Приложение 13
к приказу Министра здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от 31 мая 2016 года № 466

форма
Код _____
Область (город) _____

Решение о прекращении выплаты социальной помощи в виде ежемесячных выплат

№ ____ от "_____" _____ 20 ____ года
Департамента Комитета труда, социальной защиты и миграции по _____ области (города)
№ дела _____
Гражданин (ка) _____

Пол ___ Дата рождения "_____" _____ 19__ года
Прекратить выплату с "__" _____ 20___ года
Основание _____
(указать причину)
Руководитель департамента _____
(фамилия, имя, отчество (при его наличии)
Руководитель управления (отдела) _____
(фамилия, имя, отчество (при его наличии)
Специалист _____
(фамилия, имя, отчество (при его наличии)
Проект решения подготовлен:
Ответственные лица Государственной корпорации "Правительство для граждан"
_____
(фамилия, имя, отчество (при его наличии)

© 2012. РГП на ПХВ «Институт законодательства и правовой информации Республики Казахстан» Министерства юстиции Республики Казахстан