|  |
| --- |
| *Наименование процедуры, номер процедуры (согласно Указу Президента Республики Беларусь от 26.04.2010г. №200)* |
| **Принятие решения о предоставлении (об отказе в представлении) государственной адресной социальной помощи в виде: (2.33)**  **социального пособия для возмещения затрат на приобретение подгузников (2.33.2.)** |
| *Наименование отдела, осуществляющего процедуру* |
| Управление по труду, занятости и социальной защите |
| *№ кабинета, телефон, Ф.И.О. ответственного работника (лица его замещающего на время отсутствия)* |
| Шестакова Ольга Викторовна, каб. 112, т. 74-17-04  Забродоцкая Наталья Григорьевна, каб.116, т. 46-75-13,  прием заявлений осуществляют специалисты ГУ «Территориальный центр социального обслуживания населения Полоцкого района»  Королева Оксана Николаевна,  Белоус Инна Владимировна,  Колесова Диана Геннадьевна, каб.111, т. 46-57-72 |
|  |
|  |
| *Установленное время для подачи документов* |
| Понедельник-пятница 08.00-13.00, 14.00-17.00 |
| *Документы и (или) сведения, представляемые гражданином при обращении* |
| * заявление * паспорт или иной документ, удостоверяющий личность (в отношении детей-инвалидов в возрасте до 14 лет – паспорт или иной документ, удостоверяющий личность и (или) полномочия их законных представителей) * удостоверение инвалида – для инвалидов I группы * удостоверение ребенка-инвалида – для детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, имеющих IV степень утраты здоровья свидетельство о рождении ребенка – при приобретении подгузников для ребенка-инвалида * документы, подтверждающие расходы на приобретение подгузников, установленные в соответствии с законодательством, с обязательным указанием наименования приобретенного товара в Республике Беларусь * индивидуальная программа реабилитации инвалида или заключение врачебно-консультационной комиссии государственной организации здравоохранения о нуждаемости в подгузниках * удостоверение на право представления интересов подопечного, доверенность, оформленная в порядке, установленном гражданским законодательством, документ, подтверждающий родственные отношения, – для лиц, представляющих интересы инвалида I группы |
| *Размер платы, взимаемой при осуществлении административной процедуры* |
| бесплатно |
| *Максимальный срок осуществления административной процедуры* |
| 5 рабочих дней со дня подачи заявления, а в случае запроса документов и (или) сведений от других государственных органов, иных организаций – 5 рабочих дней после получения последнего документа, необходимого для предоставления государственной адресной социальной помощи |
| *Срок действия* |
| единовременно |