|  |  |
| --- | --- |
| Наименованиеадминистративной процедуры | **Назначение пособия на детей старше 3 лет из отдельных категорий семей** |
| Номер административной процедуры по перечню – 2.12 |
| **ДОКУМЕНТЫ И (ИЛИ) СВЕДЕНИЯ, ПРЕДСТАВЛЯЕМЫЕ ГРАЖДАНИНОМ ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ АДМИНИСТРАТИВНОЙ ПРОЦЕДУРЫ**  | ***заявление******паспорт или иной документ, удостоверяющий личность******свидетельства о рождении несовершеннолетних детей (представляются на всех детей) (для иностранных граждан и лиц без гражданства, которым предоставлен статус беженца в Республике Беларусь, – при наличии таких свидетельств)******копия решения суда об усыновлении – для семей, усыновивших детей******копия решения местного исполнительного и распорядительного органа об установлении опеки (попечительства) – для лиц, назначенных опекунами (попечителями) ребенка******удостоверение инвалида либо заключение медико-реабилитационной экспертной комиссии об установлении инвалидности – для ребенка-инвалида в возрасте до 18 лет******удостоверение инвалида – для матери (мачехи), отца (отчима), усыновителя, опекуна (попечителя), являющихся инвалидами******справка о призыве на срочную военную службу – для семей военнослужащих, проходящих срочную военную службу******справка о направлении на альтернативную службу – для семей граждан, проходящих альтернативную службу******свидетельство о заключении брака – в случае, если заявитель состоит в браке******копия решения суда о расторжении брака либо свидетельство о расторжении брака или иной документ, подтверждающий категорию неполной семьи, – для неполных семей******копия решения суда об установлении отцовства – для семей военнослужащих, проходящих срочную военную службу, семей граждан, проходящих альтернативную службу******справка о том, что гражданин является обучающимся (представляется на всех детей, на детей старше 14 лет представляется на дату определения права на пособие и на начало учебного года)******выписки (копии) из трудовых книжек родителей (усыновителей, опекунов (попечителей) или иные документы, подтверждающие их занятость******сведения о полученных доходах за 6 месяцев года, предшествующего году обращения, – для трудоспособного отца (отчима) в полной семье, родителя в неполной семье, усыновителя, опекуна (попечителя)*** ***справка о размере пособия на детей и периоде его выплаты – в случае изменения места выплаты пособия*** |
| ДОКУМЕНТЫ И (ИЛИ) СВЕДЕНИЯ, ЗАПРАШИВАЕМЫЕ ОТВЕТСТВЕННЫМ ИСПОЛНИТЕЛЕМ | ***справка о месте жительства и составе семьи или копия лицевого счета, выдаваемые организациями, осуществляющими эксплуатацию жилищного фонда и (или) предоставляющими жилищно-коммунальные услуги, - для лиц, зарегистрированных по месту жительства (месту пребывания) в Республике Беларусь******справка об уплате обязательных страховых взносов в Фонд социальной защиты населения Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь в установленные сроки и о доходах, с которых они исчислены, лицам, уплачивающим страховые взносы самостоятельно, - для лиц, уплачивающих страховые взносы самостоятельно******медицинская справка о состоянии здоровья ребенка - для семей, воспитывающих ребенка, инфицированного вирусом иммунодефицита человека, в возрасте до 18 лет*** |
| Размер платы, взимаемой при осуществлении административной процедуры | ***бесплатно*** |
| Максимальный срок осуществления административной процедуры | ***10 дней со дня подачи заявления, а в случае запроса документов и (или) сведений от других государственных органов, иных организаций – 1 месяц*** |
| Срок действия справки, другого документа (решения), выдаваемых (принимаемого) при осуществлении административной процедуры | ***по 31 июля или по 31 декабря календарного года, в котором назначено пособие, либо по день достижения ребенком 16-, 18-летнего возраста*** |
| Ответственный специалист управления по труду, занятости и социальной защите за прием заявления гражданина | ***211117, г.Сенно, ул.К.Маркса, 2, (1-ый этаж) каб.16 тел.: 5 58 92******Мурашко Вера Анатольевна – начальник отдела назначения пенсий и социальной поддержки населения******каб.16 тел.: 5 58 92*** ***Глаздовская Надежда Викторовна – главный специалист отдела назначения пенсий и социальной поддержки населения******каб.14 тел.: 5 56 97******Колдачёва Ирина Сергеевна – главный специалист отдела назначения пенсий и социальной поддержки населения*** |
| Заменяющий временно отсутствующего ответственного специалиста управления по труду, занятости и социальной защите за прием заявления гражданина | ***211117, г.Сенно, ул.К.Маркса, 2, (1-ый этаж)*** ***каб.16 тел.: 5 58 92*** ***Глаздовская Надежда Викторовна – главный специалист отдела назначения пенсий и социальной поддержки населения******каб.14 тел.: 5 56 97******Колдачёва Ирина Сергеевна – главный специалист отдела назначения пенсий и социальной поддержки населения******каб.16 тел.: 5 58 92******Мурашко Вера Анатольевна – начальник отдела назначения пенсий и социальной поддержки населения*** |
| Время приема граждан, обратившихся за осуществлением административной процедуры | ***Понедельник - пятница: с 08.00 до 18.00*** ***Суббота: с 08.00 до 14.00*** |

**ОБРАЗЕЦ ЗАЯВЛЕНИЯ**

|  |  |
| --- | --- |
|   | В комиссию по назначению государственных пособий семьям, воспитывающим детей, и пособий по временной нетрудоспособности*Сенненского райисполкома\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |
|   | (наименование государственного органа, организации) |
|   | от *Иванова Наталья Андреевна* |
|   | (фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) заявителя) |
|   | проживающей(его) *г.Сенно, ул.Кр.Октября,\_\_\_* |
|   | *д.19, кв.35\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*, |
|   | данные документа, удостоверяющего личность: *паспорт, ВМ 1925642, Сенненский РОВД\_\_\_\_\_* |
|   | (вид документа, серия (при наличии), номер, |
|   | *25.06.2013, 3030682Е026РВ8\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |
|   | дата выдачи, наименование государственного органа, |
|   | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|   | его выдавшего, идентификационный номер (при наличии) |

ЗАЯВЛЕНИЕ
о назначении государственных пособий семьям, воспитывающим детей

Прошу назначить *пособие на детей старше 3 лет из отдельных категорий\_\_\_\_\_\_\_*

 (указываются виды

 *семей\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

государственных пособий)

*Иванов Никита Владимирович, 05.12.2013 года рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*,

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) и дата рождения ребенка)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) и дата рождения ребенка)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) и дата рождения ребенка)

Сообщаю, что уход за ребенком в возрасте до 3 лет осуществляет:

*Иванова Наталья Андреевна – мать\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) лица, осуществляющего уход за ребенком,

родственные отношения с ребенком)

Одновременно представляю следующие сведения о дополнительной занятости в период осуществления ухода за ребенком в возрасте до 3 лет:

*не осуществляю\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

(указывается дополнительный вид деятельности лица, осуществляющего. уход за ребенком в возрасте до 3 лет)

К заявлению прилагаю документы на *5* л.

Обязуюсь в пятидневный срок сообщить сведения о своей дополнительной занятости, изменениях в составе семьи и занятости ее членов, о зачислении ребенка в детское интернатное учреждение, учреждение образования с круглосуточным режимом пребывания, выезде ребенка за пределы Республики Беларусь сроком более чем на 2 месяца, о предоставлении матери ребенка отпуска по беременности и родам (в случае если в отпуске по уходу за ребенком до достижения им возраста 3 лет находится другое лицо) и других обстоятельствах, влекущих прекращение выплаты пособия или изменение его размера.

Об ответственности за несвоевременное сообщение сведений, влияющих на право на государственное пособие или изменение его размера, либо представление ложной информации, недостоверных (поддельных) документов предупрежден(а).

|  |  |
| --- | --- |
| *\_\_\_\_Дата*\_\_\_\_  | \_\_\_\_*Подпись*\_\_\_\_ |
|   | (подпись) |

Документы приняты

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (фамилия, инициалы специалиста) | (подпись) |

|  |  |
| --- | --- |
|  | В комиссию по назначению государственных пособий семьям, воспитывающим детей, и пособий по временной нетрудоспособности***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|   | (наименование государственного органа, организации) |
|   | от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|   | (фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) заявителя) |
|   | проживающей(его) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|   | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|   | данные документа, удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|   | (вид документа, серия (при наличии), номер, |
|   | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|   | дата выдачи, наименование государственного органа, |
|   | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|   | его выдавшего, идентификационный номер (при наличии) |

ЗАЯВЛЕНИЕ
о назначении государственных пособий семьям, воспитывающим детей

Прошу назначить *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_

 (указываются виды

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

государственных пособий)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) и дата рождения ребенка)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) и дата рождения ребенка)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) и дата рождения ребенка)

Сообщаю, что уход за ребенком в возрасте до 3 лет осуществляет:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) лица, осуществляющего уход за ребенком,

родственные отношения с ребенком)

Одновременно представляю следующие сведения о дополнительной занятости в период осуществления ухода за ребенком в возрасте до 3 лет:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается дополнительный вид деятельности лица, осуществляющего. уход за ребенком в возрасте до 3 лет)

К заявлению прилагаю документы на \_\_\_ л.

Обязуюсь в пятидневный срок сообщить сведения о своей дополнительной занятости, изменениях в составе семьи и занятости ее членов, о зачислении ребенка в детское интернатное учреждение, учреждение образования с круглосуточным режимом пребывания, выезде ребенка за пределы Республики Беларусь сроком более чем на 2 месяца, о предоставлении матери ребенка отпуска по беременности и родам (в случае если в отпуске по уходу за ребенком до достижения им возраста 3 лет находится другое лицо) и других обстоятельствах, влекущих прекращение выплаты пособия или изменение его размера.

Об ответственности за несвоевременное сообщение сведений, влияющих на право на государственное пособие или изменение его размера, либо представление ложной информации, недостоверных (поддельных) документов предупрежден(а).

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|   | (подпись) |

Документы приняты

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (фамилия, инициалы специалиста) | (подпись) |