



МИНИСТЕРСТВО ТРУДА И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН
(Минтруд РД)

П Р И К А З

«16» декабря 2024 г.

г. Махачкала

№ 03/2-980

О внесении изменений в приказ Министерства труда и социального развития Республики Дагестан от 21 марта 2024 г. № 03/2-185 «Об утверждении Административного регламента Министерства труда и социального развития Республики Дагестан по предоставлению государственной услуги «Предоставление больным фенилкетонурией денежной компенсации 50 процентов расходов на приобретение низкобелковых и безбелковых продуктов питания»

В соответствии с постановлением Правительства Республики Дагестан от 14 ноября 2024 г. № 367 «О внесении изменений в некоторые акты Правительства Республики Дагестан» (интернет-портал правовой информации Республики Дагестан (www.pravo.e-dag.ru), 2024, 15 ноября, № 05002014661)

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить прилагаемые изменения, которые вносятся в приказ Министерства труда и социального развития Республики Дагестан от 21 марта 2024 г. № 03/2-185 «Об утверждении Административного регламента Министерства труда и социального развития Республики Дагестан по предоставлению государственной услуги «Предоставление больным фенилкетонурией денежной компенсации 50 процентов расходов на приобретение низкобелковых и безбелковых продуктов питания» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Дагестан 17 апреля 2024 года № 7073, интернет-портал правовой информации Республики Дагестан (www.pravo.e-dag.ru), 2024, 17 апреля, № 05026013267).

2. Управлению социальной поддержки обеспечить направление: настоящего приказа на государственную регистрацию в Министерство юстиции Республики Дагестан в установленном законодательством порядке; официально заверенной копии настоящего приказа в Управление Министерства юстиции Российской Федерации по Республике Дагестан для включения в федеральный регистр нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации в установленном законодательством порядке;



КОПИЯ ВЕРНА

Дата «16» 12 2024 г.

официально заверенной копии настоящего приказа в Прокуратуру Республики Дагестан.

3. Разместить настоящий приказ на официальном сайте Министерства труда и социального развития Республики Дагестан в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (www.dagmintrud.ru).

4. Настоящий приказ вступает в силу в установленном законодательством порядке.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра З.А. Багомедова.

Министр



М. Кихасуров



КОПИЯ ВЕРНА

Дата "16" 12 2024г.

УТВЕРЖДЕНЫ
приказом Министерства труда и
социального развития Республики Дагестан
от «16» декабря 2024 г. № 03/2- 980

ИЗМЕНЕНИЯ,
которые вносятся в приказ Министерства труда и социального развития
Республики Дагестан от 21 марта 2024 г. № 03/2-185 «Об утверждении
Административного регламента Министерства труда и социального
развития Республики Дагестан по предоставлению государственной услуги
«Предоставление больным фенилкетонурией денежной компенсации 50
процентов расходов на приобретение низкобелковых и безбелковых
продуктов питания»

1. Наименование приказа изложить в следующей редакции:
«Об утверждении Административного регламента Министерства труда и социального развития Республики Дагестан по предоставлению государственной услуги «Назначение и осуществление ежемесячной денежной выплаты больным фенилкетонурией»;
2. Пункт 1 приказа изложить в следующей редакции:
«1. Утвердить Административный регламент Министерства труда и социального развития Республики Дагестан по предоставлению государственной услуги «Назначение и осуществление ежемесячной денежной выплаты больным фенилкетонурией».».
3. В Административном регламенте Министерства труда и социального развития Республики Дагестан по предоставлению государственной услуги «Предоставление больным фенилкетонурией денежной компенсации 50 процентов расходов на приобретение низкобелковых и безбелковых продуктов питания», утвержденном указанным приказом:
 - а) наименование изложить в следующей редакции:
«Административный регламент Министерства труда и социального развития Республики Дагестан по предоставлению государственной услуги «Назначение и осуществление ежемесячной денежной выплаты больным фенилкетонурией»;
 - б) в разделе I:
подраздел I изложить в следующей редакции:
«Административный регламент Министерства труда и социального развития Республики Дагестан по предоставлению государственной услуги «Назначение и осуществление ежемесячной денежной выплаты больным фенилкетонурией» (далее соответственно также – Административный регламент, Министерство, государственная услуга, ежемесячная денежная выплата) устанавливает стандарт предоставления государственной услуги,



КОПИЯ ВЕРНА
Дата «16» 12 2024 г.

состав, последовательность и сроки выполнения административных процедур при предоставлении государственной услуги, требования к порядку их выполнения, порядок их выполнения, порядок осуществления контроля за предоставлением государственной услуги, порядок обжалования гражданами решений и действий (бездействия) должностных лиц и работников, а также принимаемых ими решений при предоставлении государственной услуги.»;

в подразделе 2:

в пункте 2.1 слова «на получение компенсации» заменить словами «на назначение ежемесячной денежной выплаты»;

пункты 2.2 и 2.3 изложить в следующей редакции:

«2.2. В случае объявления больного фенилкетонурией в возрасте до 18 лет полностью дееспособным в соответствии с законодательством Российской Федерации право подачи им заявления о назначении ежемесячной денежной выплаты больным фенилкетонурией (далее – заявление) по форме, предусмотренной приложением к Порядку назначения и осуществления ежемесячной денежной выплаты больным фенилкетонурией, утвержденному постановлением Правительства Республики Дагестан от 8 февраля 2024 г. № 16 «О мерах социальной поддержки больных фенилкетонурией» (далее – Порядок), возникает с месяца приобретения полной дееспособности, но не ранее возникновения права на получение ежемесячной денежной выплаты.

2.3. Заявители могут обратиться за ежемесячной денежной выплатой в любое время после возникновения права на нее. При этом порядок и сроки назначения ежемесячной денежной выплаты в 2024 году и с 1 января 2025 года определены пунктом 4.11 подраздела 4 раздела II настоящего Административного регламента.»;

в подразделе 3:

в пункте 3.1:

в подпункте «а» слова «указанных в пунктах 6.1 или 6.2 подраздела 6 раздела II настоящего Административного регламента» заменить словами «указанных в пункте 6.1 подраздела 6 раздела II настоящего Административного регламента»;

подпункт «д» изложить в следующей редакции:

«д) осуществление ежемесячной денежной выплаты»;

пункт 3.2 изложить в следующей редакции:

«3.2. Заявление подается следующими способами:

а) через многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг Республики Дагестан (далее – МФЦ);

б) в электронном виде с использованием «Личного кабинета» в федеральной государственной информационной системе «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)» (далее – Единый портал) (www.gosuslugi.ru) с использованием простой электронной подписи при условии, что личность заявителя установлена при личном приеме при выдаче ключа простой электронной подписи;

в) посредством почтовой связи способом, позволяющим подтвердить факт получения отправления.»;



в абзаце пятом пункта 3.3 слова «управлениями социальной защиты населения по месту жительства (месту пребывания)» заменить словами «управлениями (территориальными управлениями) социальной защиты населения в муниципальных районах и городских округах по месту жительства (месту пребывания)»;

в пункте 3.7 после слова «управлений» дополнить словами «(территориальных управлений)»;

в) в разделе II:

подраздел 1 изложить в следующей редакции:

«Государственная услуга – «Назначение и осуществление ежемесячной денежной выплаты больным фенилкетонурией.»»;

в пункте 2.1 подраздела 2 после слова «управления» дополнить словами «(территориальные управления)», после слов «городских округах» дополнить словами «посредством МФЦ, с использованием Единого портала либо посредством почтовой связи»;

в подразделе 3:

пункт 3.1 изложить в следующей редакции:

«3.1. Результатами предоставления государственной услуги являются:

решение о назначении ежемесячной денежной выплаты больным фенилкетонурией;

решение об отказе в назначении ежемесячной денежной выплаты больным фенилкетонурией.»;

в абзаце втором пункта 3.2 слова «заявитель обращается в управление социальной защиты населения лично» заменить словами «заявитель обращается в управление социальной защиты населения через МФЦ»;

пункт 3.5 изложить в следующей редакции:

«3.5. Способы получения результата предоставления государственной услуги определяются в зависимости от способа обращения за предоставлением государственной услуги, указанного в пункте 3.2 подраздела 3 раздела I настоящего Административного регламента:

а) через МФЦ;

б) в форме электронного документа в «Личный кабинет» на Едином портале;

в) посредством почтовой связи способом, позволяющим подтвердить факт и дату отправления.

Указанные результаты предоставления государственной услуги направляются заявителю на адрес, электронный почтовый адрес заявителя, указанный в заявлении.»;

в подразделе 4:

в пункте 4.1:

в абзаце первом слова «15 рабочих дней со дня регистрации управлением социальной защиты населения заявления» заменить словами «10 рабочих дней со дня регистрации МФЦ либо управлением социальной защиты населения заявления»;

в подпункте «а» слова «а также единой государственной системы



социального обеспечения» заменить словами «а также единой централизованной цифровой платформы в социальной сфере»;

в подпункте «в» слова «указанных в пунктах 6.1 или 6.2 подраздела 6 раздела II настоящего Административного регламента» заменить словами «указанных в пункте 6.1 подраздела 6 раздела II настоящего Административного регламента», слова «выплаты компенсации» заменить словами «назначения ежемесячной денежной выплаты»;

в подпункте «г» слово «выплате» заменить словом «назначении»;

в подпункте «д» слова «решение о выплате либо об отказе в выплате компенсации» заменить словами «решение о назначении либо об отказе в назначении ежемесячной денежной выплаты»;

в пункте 4.2 слова «предусмотренные пунктами 6.1 или 6.2 подраздела 6 раздела II настоящего Административного регламента» заменить словами «предусмотренные пунктом 6.1 подраздела 6 раздела II настоящего Административного регламента»;

пункт 4.3 изложить в следующей редакции:

«4.3. В случае если при обращении заявителя за предоставлением государственной услуги способами, указанными в пункте 3.2 подраздела 3 раздела I настоящего Административного регламента, им представлен неполный комплект указанных в пункте 6.1 подраздела 6 раздела II настоящего Административного регламента документов (сведений), необходимых для назначения ежемесячной денежной выплаты, заявитель вправе представить недостающие документы (сведения) в течение 10 рабочих дней со дня регистрации заявления МФЦ либо управлением социальной защиты населения.»;

в пункте 4.4:

в абзаце первом слова «указанных в пунктах 6.1 или 6.2 подраздела 6 раздела II настоящего Административного регламента» заменить словами «указанных в пункте 6.1 подраздела 6 раздела II настоящего Административного регламента»;

в абзаце втором слова «решения о выплате компенсации либо об отказе в выплате компенсации» заменить словами «решения о назначении ежемесячной денежной выплаты либо об отказе в назначении ежемесячной денежной выплаты»;

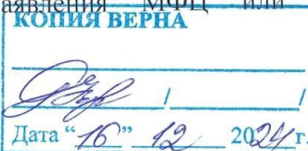
в абзаце третьем слова «в управление социальной защиты населения» заменить словами «в МФЦ либо управление социальной защиты населения»;

в пункте 4.6:

в абзаце первом:

слова «решения о выплате либо об отказе в выплате компенсации» заменить словами «решения о назначении либо об отказе в назначении ежемесячной денежной выплаты»;

после слов «указанных в пункте 6.3 подраздела 6 раздела II настоящего Административного регламента,» дополнить словами «или недостающих документов (сведений), представленных позднее 5 рабочих дней со дня регистрации заявления МФЦ или управлением социальной защиты



Дата "16" "12" 2024 г.

населения.»;

в абзаце втором слова «выплата компенсации» в соответствующем падеже заменить словами «назначение ежемесячной денежной выплаты» в соответствующем падеже, слова «35 рабочих дней» заменить словами «30 рабочих дней»;

пункт 4.7 исключить;

пункт 4.8 изложить в следующей редакции:

«4.8. Срок предоставления государственной услуги в электронном виде с использованием Единого портала начинается с момента приема и регистрации в управлении социальной защиты населения заявления и документов (сведений), указанных в пункте 6.1 подраздела 6 раздела II настоящего Административного регламента, направленных заявителем в управление социальной защиты населения посредством Единого портала.»;

в пунктах 4.9 и 4.10 слова «указанных в пунктах 6.1 или 6.2 подраздела 6 раздела II настоящего Административного регламента» заменить словами «указанных в пункте 6.1 подраздела 6 раздела II настоящего Административного регламента»;

пункты 4.11 и 4.12 изложить в следующей редакции:

«4.11. Заявители могут обратиться за назначением ежемесячной денежной выплаты в любое время после возникновения права на нее. При этом в 2024 году ежемесячная денежная выплата назначается с месяца установления медицинской организацией данного заболевания, но не ранее чем с 1 января 2024 года либо с месяца установления заболевания в 2024 году.

С 1 января 2025 года ежемесячная денежная выплата назначается с месяца установления медицинской организацией данного заболевания, если обращение за ней последовало не позднее шести месяцев с месяца установления наличия заболевания, а в остальных случаях ежемесячная денежная выплата назначается за истекшее время, но не более чем за шесть месяцев до месяца обращения.

4.12. Максимальный срок для принятия решения об оказании государственной услуги либо об отказе в ее предоставлении не может превышать 30 рабочих дней с даты обращения заявителя в управление социальной защиты населения через МФЦ, с использованием Единого портала либо посредством почтовой связи.»;

в подразделе 6:

в пункте 6.1:

в абзаце первом слово «первичном» исключить;

в абзацах втором и третьем слова «в управление социальной защиты населения или» исключить;

абзац восьмой признать утратившим силу;

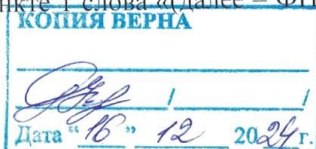
в абзаце десятом слова «управлением социальной защиты населения

либо» исключить;

пункт 6.2 признать утратившим силу;

в пункте 6.3:

в пункте 1 слова «(далее – ФНС России)» заменить словами «(далее –



Единый государственный реестр ФНС России»);

в подпункте 5 слова «(из Единой государственной информационной системы социального обеспечения (далее – ЕГИССО))» заменить словами «(далее – Социальный фонд России) (из государственной информационной системы «Единая централизованная цифровая платформа в социальной сфере») (далее – Единая централизованная цифровая платформа в социальной сфере»);

в подпунктах 6-8 слова «из ЕГИССО» заменить словами «из Единой централизованной цифровой платформы в социальной сфере»;

в подпункте 11 слово «компенсации» заменить словами «ежемесячной денежной выплаты»;

в пункте 6.8 слова «указанными в пунктах 6.1 или 6.2 подраздела 6 раздела II настоящего Административного регламента» заменить словами «указанными в пункте 6.1 подраздела 6 раздела II настоящего Административного регламента»;

в пункте 6.9 слова «управления социальной защиты населения либо» исключить;

в подпункте «б» пункта 7.1 подраздела 7 слова «предусмотренных пунктами 6.1 или 6.2 подраздела 6 раздела II настоящего Административного регламента» заменить словами «предусмотренных пунктом 6.1 подраздела 6 раздела II настоящего Административного регламента»;

в подразделе 8:

в пункте 8.2:

в абзаце первом слова «выплате компенсации» заменить словами «назначении ежемесячной денежной выплаты»;

в подпункте «в» слова «выплаты компенсации» заменить словами «осуществления ежемесячной денежной выплаты»;

в подпункте «г» слова «указанных в пункте 6.1 подраздела 6 раздела II настоящего Административного регламента» заменить словами «указанных в пункте 6.1 подраздела 6 раздела II настоящего Административного регламента», слова «установленный пунктом 4.4 подраздела 4 раздела II настоящего Административного регламента» заменить словами «установленный абзацем третьим пункта 4.4 подраздела 4 раздела II настоящего Административного регламента»;

в пункте 8.3:

в абзаце первом слова «выплаты компенсации» заменить словами «ежемесячной денежной выплаты»;

в подпункте «б» слова «производится выплата компенсации» заменить словами «осуществляется ежемесячная денежная выплата»;

в подпунктах «в», «д», «з», «и», «к», «л», «м» слово «компенсация» в соответствующем падеже заменить словами «ежемесячная денежная выплата» в соответствующем падеже;

в подразделе 10 слова «в орган, предоставляющий государственную услугу,» заменить словами «в МФЦ»;

в пункте 11.2 подраздела 11 слова «о выплате денежной компенсации 50 процентов расходов на приобретение малобелковых продуктов питания»



больным фенилкетонурией» заменить словами «о назначении и осуществлении ежемесячной денежной выплаты больным фенилкетонурией»;

пункт 14.1 подраздела 14 изложить в следующей редакции:

«14.1. Граждане, имеющие право на получение государственной услуги, подают заявление с документами, предусмотренных пунктом 6.1 подраздела 6 раздела II настоящего Административного регламента, в управление социальной защиты населения по месту жительства (месту пребывания) в форме электронного документа или в письменной форме соответственно с использованием информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», включая Единый портал, или посредством МФЦ, почтовой связи способом, позволяющим подтвердить факт и дату отправления, по форме заявления, предусмотренной приложением к Порядку.»;

г) в разделе III:

подпункт «д» пункта 1.1 подраздела 1 изложить в следующей редакции:

«д) осуществление ежемесячной денежной выплаты.»;

в подразделе 2:

пункт 2.1 изложить в следующей редакции:

«2.1. Способы определения и предъявления необходимого заявителю варианта предоставления государственной услуги:

а) в МФЦ;

б) посредством Единого портала;

в) посредством почтовой связи.»;

в пункте 2.2:

в подпункте «а» слова «в подпункте «в» пункта 3.2» заменить словами «в подпункте «б» пункта 3.2»;

в подпункте «б» слова «в подпунктах «а», «б» и «г» пункта 3.2» заменить словами «в подпунктах «а» и «в» пункта 3.2», слова «работником управления социальной защиты населения либо МФЦ» заменить словами «работником МФЦ либо управления социальной защиты населения.»;

в подразделе 3:

в пункте 3.1.1 слов «указанных в пунктах 6.1 или 6.2 подраздела 6 раздела II настоящего Административного регламента» заменить словами «указанных в пункте 6.1 подраздела 6 раздела II настоящего Административного регламента»;

абзац первый пункта 3.1.2 изложить в следующей редакции:

«3.1.2. Заявитель (представитель заявителя) обращается в орган, предоставляющий государственную услугу, по месту жительства (месту пребывания), способами, указанными в пункте 3.2 подраздела 3 раздела I настоящего Административного регламента, представляя заявление и документы (сведения), указанные в пункте 6.1 подраздела 6 раздела II настоящего Административного регламента, которые не могут быть получены без участия заявителя.»;

после абзаца первого дополнить абзацем следующего содержания:

«При обращении за ежемесячной денежной выплатой через МФЦ заявителем предъявляется также документ, удостоверяющий личность.»;



в абзаце шестом слова «указанных в пунктах 6.1 или 6.2 подраздела 6 раздела II настоящего Административного регламента» заменить словами «указанных в пункте 6.1 подраздела 6 раздела II настоящего Административного регламента»;

в пункте 3.1.3:

в абзаце третьем слова «указанными в пунктах 6.1 или 6.2 подраздела 6 раздела II настоящего Административного регламента,» заменить словами «указанными в пункте 6.1 подраздела 6 раздела II настоящего Административного регламента, достоверность которых заверена в установленном законодательством Российской Федерации порядке.»;

в абзаце четвертом слова «указанные в пунктах 6.1 или 6.2 подраздела 6 раздела II настоящего Административного регламента» заменить словами «указанные в пункте 6.1 подраздела 6 раздела II настоящего Административного регламента»;

в пункте 3.1.4 слова «указанных в пунктах 6.1 или 6.2 подраздела 6 раздела II настоящего Административного регламента» заменить словами «указанных в пункте 6.1 подраздела 6 раздела II настоящего Административного регламента»;

в пункте 3.2.5 слова «указанных в пунктах 6.1 или 6.2 подраздела 6 раздела II настоящего Административного регламента» заменить словами «указанных в пункте 6.1 подраздела 6 раздела II настоящего Административного регламента»;

в пункте 3.3.1 «указанных в пунктах 6.1 или 6.2 подраздела 6 раздела II настоящего Административного регламента» заменить словами «указанных в пункте 6.1 подраздела 6 раздела II настоящего Административного регламента»;

в пункте 3.3.2:

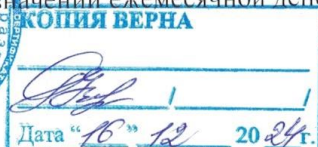
подпункт «б) изложить в следующей редакции:

«б) готовит проект решения о назначении ежемесячной денежной выплаты либо об отказе в назначении ежемесячной денежной выплаты, оформляет указанные решения по форме согласно соответственно приложениям № 3 или 4 к настоящему Административному регламенту, визирует их и передает на подпись руководителю управления социальной защиты населения. Решение о назначении ежемесячной денежной выплаты либо об отказе в ее назначении принимается руководителем управления социальной защиты населения не позднее чем через 10 рабочих дней со дня приема заявления с документами (сведениями), указанными в пункте 6.1 подраздела 6 раздела II настоящего Административного регламента.»;

в подпункте «в)» слова «выплате компенсации» заменить словами «назначении ежемесячной денежной выплаты», слова «в ее выплате» заменить словами «в ее назначении»;

в пункте 3.3.3:

в абзаце первом слова «решения о выплате либо об отказе в выплате компенсации» заменить словами «решения о назначении либо об отказе в назначении ежемесячной денежной выплаты»;



в абзаце втором слова «решения о выплате либо об отказе в выплате компенсации» заменить словами «решения о назначении либо об отказе в назначении ежемесячной денежной выплаты», слова «указанных в пунктах 6.1 или 6.2 подраздела 6 раздела II настоящего Административного регламента» заменить словами «указанных в пункте 6.1 подраздела 6 раздела II настоящего Административного регламента»;

в пункте 3.3.4:

в абзаце первом слова «решения о выплате либо об отказе в выплате компенсации» заменить словами «решения о назначении либо об отказе в назначении ежемесячной денежной выплаты», после слов «настоящего Административного регламента» дополнить словами «, и в случае, установленном абзацем вторым пункта 4.4 подраздела 4 раздела II настоящего Административного регламента»;

в абзаце втором слова «решения о выплате либо об отказе в выплате компенсации» заменить словами «решения о назначении либо об отказе в назначении ежемесячной денежной выплаты», после слов «в рамках межведомственного взаимодействия,» дополнить словами «или недостающих документов (сведений), представленных позднее 5 рабочих дней со дня регистрации заявления МФЦ или управлением социальной защиты населения,»;

в абзаце первом пункта 3.3.5 слово «выплаты» заменить словами «назначения ежемесячной денежной выплаты», слово «выплате» заменить словами «назначении»;

пункт 3.3.6 изложить в следующей редакции

«3.3.6. Ежемесячная денежная выплата устанавливается в следующих размерах:

в возрасте от 0 до 3 лет – 7 000 рублей;

в возрасте от 3 до 14 лет – 9 000 рублей;

в возрасте от 14 лет и старше – 10 000 рублей в месяц.»;

в пунктах 3.3.8 и 3.3.10 слова «выплате компенсации» заменить словами «назначении ежемесячной денежной выплаты»;

в пункте 3.3.9 слово «компенсации» заменить словами «ежемесячной денежной выплаты»;

в пункте 3.3.11 слова «35 рабочих дней» заменить словами «30 рабочих дней»;

в пункте 3.4.3 слово «компенсации» заменить словами «ежемесячной денежной выплаты»;

наименование подраздела 3.5 изложить в следующей редакции:

«3.5. Осуществление ежемесячной денежной выплаты»;

в пункте 3.5.2 слова «Выплата компенсации» заменить словами «Ежемесячная денежная выплата»;

в пункте 3.5.3 слова «выплата компенсации» в соответствующем падеже заменить словами «осуществление ежемесячной денежной выплаты» в соответствующем падеже;



КОПИЯ ВЕРНА

Дата "16" 12 2024 г.

в абзацах втором и третьем пункта 3.5.4 слова «выплаты компенсации» заменить словами «осуществления ежемесячной денежной выплаты», слова «компенсации» заменить словами «ежемесячной денежной выплаты»;

в пункте 3.5.7 слово «компенсации» заменить словами «ежемесячной денежной выплаты», слова «выплаты компенсации, выплата компенсации» заменить словами «ежемесячной денежной выплаты, осуществление ежемесячной денежной выплаты»;

в пункте 3.5.8

в абзаце первом слова «выплаты компенсации» заменить словами «ежемесячной денежной выплаты»;

в абзаце втором слово «компенсацию» заменить словами «ежемесячную денежную выплату»;

в пункте 3.5.9 слова «выплаты компенсации» заменить словами «осуществления ежемесячной денежной выплаты»;

в пункте 3.5.10 слова «Выплата компенсации расходов осуществляется» заменить словами «Осуществление ежемесячной денежной выплаты производится»;

в пункте 3.5.11 слово «компенсация» в соответствующем падеже заменить словами «ежемесячная денежная выплата» в соответствующем падеже;

в пункте 3.5.12 слова «незаконной выплаты компенсации» заменить словами «незаконного осуществления ежемесячной денежной выплаты»;

пункт 3.5.13 признать утратившим силу;

в пункте 3.5.14 слово «компенсации» заменить словами «ежемесячной денежной выплаты»;

пункт 3.5.17 изложить в следующей редакции:

«3.5.17. Максимальный срок выполнения административной процедуры не может превышать 30 рабочих дней со дня приема (регистрации) заявления с документами (сведениями), указанными в пункте 6.1 подраздела 6 раздела II настоящего Административного регламента.»;

в пункте 3.8.5 слова «указанных в пунктах 6.1 или 6.2 подраздела 6 раздела II настоящего Административного регламента» заменить словами «указанных в пункте 6.1 подраздела 6 раздела II настоящего Административного регламента»;

д) приложения № 1 – 13 изложить в новой редакции:

«ПРИЛОЖЕНИЕ № 1
к Административному регламенту
Министерства труда и социального
развития Республики Дагестан по
предоставлению государственной услуги
«Назначение и осуществление ежемесячной
денежной выплаты больным
фенилкетонурией»



Форма

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ

Заявление _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

принято _____ и зарегистрировано за № _____
(дата приема заявления) (регистрационный номер
заявления)

(фамилия, имя, отчество специалиста (подпись) (дата)
управления (территориального управления)
социальной защиты населения,
МФЦ, принявшего заявление)

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2
к Административному регламенту
Министерства труда и социального
развития Республики Дагестан по
предоставлению государственной услуги
«Назначение и осуществление ежемесячной
денежной выплаты больным
фенилкетонурией»

Форма

(бланк управления (территориального управления) социальной защиты населения)

УВЕДОМЛЕНИЕ

об отказе в приеме заявления и (или) документов, представленных заявителем
для назначения и осуществления ежемесячной денежной выплаты больным
фенилкетонурией (далее – ежемесячная денежная выплата)



(ФИО заявителя,
адрес проживания)

№ _____

от « ____ » _____ 20__ года

Уважаемый(-ая)

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

уведомляем Вас об отказе в приеме (о возврате) заявления и (или) документов, представленных Вами для назначения и осуществления ежемесячной денежной выплаты.

Количество документов	Дата	Принял специалист управления (территориального управления) социальной защиты населения
		_____ _____ _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии))

Причины отказа (возврата):

Решение об отказе Вам в назначении ежемесячной денежной выплаты может быть обжаловано в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Документы могут быть приняты при устранении причин, послуживших основанием для отказа в их принятии.

Директор ГКУ РД «Управление
(территориальное управление)
социальной защиты населения в
муниципальном образовании»

« _____ » _____

(подпись)

(расшифровка подписи)



Телефон: _____
E-mail: _____

ПРИЛОЖЕНИЕ № 3
к Административному регламенту
Министерства труда и социального
развития Республики Дагестан по
предоставлению государственной услуги
«Назначение и осуществление ежемесячной
денежной выплаты больным
фенилкетонурией»

Форма

РЕШЕНИЕ

о назначении ежемесячной денежной выплаты
больным фенилкетонурией (далее – ежемесячная денежная выплата)

от «__» _____ 20__ г. № _____

Назначить гр. _____

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

ежемесячную денежную выплату с _____ 20__ г. по _____
20__ г. в размере _____ рублей.

Дата рождения получателя: _____.

Личное дело № _____ от _____.

(указывается дата обращения заявителя)

Адрес места жительства (места пребывания): _____

Реквизиты для перечисления ежемесячной денежной выплаты: _____

Фамилия, имя, отчество (при наличии)	Размер ежемесячной денежной	Начало выплаты	Окончание выплаты	Сумма за месяц
_____	_____	_____	_____	_____



Копия верна
Дата "16" 12 2024 г.

дата рождения ребенка (детей) (при назначении ежемесячной денежной выплаты на ребенка (детей))	выплаты			

Расчет произвел

(подпись)

(расшифровка подписи)

Расчет проверил

(подпись)

(расшифровка подписи)

Директор ГКУ РД «Управление
(территориальное управление)
социальной защиты населения в
муниципальном образовании»

« _____ »

(подпись)

(расшифровка подписи)

М.П.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 4
к Административному регламенту
Министерства труда и социального
развития Республики Дагестан по
предоставлению государственной услуги
«Назначение и осуществление ежемесячной
денежной выплаты больным
фенилкетонурией»

Форма

РЕШЕНИЕ

об отказе в назначении ежемесячной денежной выплаты
больным фенилкетонурией



ЮПИЯ ВЕРНА
Дата "16" 12 2024 г.

от « » _____ 20 г. № _____

Отказать гр. _____.

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

в назначении _____.

(указывается вид выплаты)

Личное дело № _____ от _____.

(указывается дата обращения заявителя)

Адрес места жительства (места пребывания): _____

Причина: _____.

Текст обоснования: _____

(указывается аргументированное обоснование причины отказа)

Расчет произвел _____

(подпись)

_____ (расшифровка подписи)

Расчет проверил _____

(подпись)

_____ (расшифровка подписи)

Директор ГКУ РД «Управление
(территориальное управление)
социальной защиты населения в
муниципальном образовании

« _____ » _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

М.П.



ПРИЛОЖЕНИЕ № 5
к Административному регламенту
Министерства труда и социального
развития Республики Дагестан по
предоставлению государственной услуги
«Назначение и осуществление ежемесячной
денежной выплаты больным
фенилкетонурией»

Форма

(бланк управления (территориального управления) социальной защиты населения)

УВЕДОМЛЕНИЕ

о приостановке и продлении срока принятия решения о назначении
ежемесячной денежной выплаты больным фенилкетонурией
(далее – ежемесячная денежная выплата)

(ФИО заявителя,
адрес проживания)

№ _____

от «__» _____ 20__ года

Уважаемый(-ая)

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

сообщаем, что в связи с _____
(указывается причина приостановки срока принятия решения)

срок принятия решения о предоставлении Вам _____,

(указывается вид выплаты)

по заявлению от «__» _____ 20__ г. приостановлен с «__» _____
20__ г. по «__» _____ 20__ г.

Отмечаем, что срок принятия решения по Вашему заявлению будет
возобновлен только после устранения причин, послуживших для его
приостановки.

Максимальный срок для принятия решения о назначении ежемесячной



КОПИЯ ВЕРНА

Дата "16" 12 2024 г.

денежной выплаты не может превышать 30 рабочих дней со дня регистрации заявления управлением (территориальным управлением) социальной защиты населения, МФЦ.

Директор ГКУ РД «Управление
(территориальное управление)
социальной защиты населения в
муниципальном образовании»

« _____ » _____
(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

Телефон: _____

E-mail: _____

ПРИЛОЖЕНИЕ № 6
к Административному регламенту
Министерства труда и социального
развития Республики Дагестан по
предоставлению государственной услуги
«Назначение и осуществление ежемесячной
денежной выплаты больным
фенилкетонурией»

Форма

_____ (бланк управления (территориального управления) социальной защиты населения)

УВЕДОМЛЕНИЕ
о назначении ежемесячной денежной выплаты больным фенилкетонурией
(далее – ежемесячная денежная выплата)

(ФИО заявителя,
адрес проживания)



№ _____

от «___» _____ 20__ года

Уважаемый(-ая)

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

уведомляем Вас о принятии решения о назначении ежемесячной денежной выплаты в размере _____ руб. с _____ 20__ г. по _____ 20__ г.

по Вашему заявлению от «___» _____ 20__ г. соответствии с постановлением Правительства Республики Дагестан от 8 февраля 2024 г. № 16 «О мерах социальной поддержки больных фенилкетонурией».

Напоминаем, что Вы обязаны в месячный срок сообщить о наступлении обстоятельств, влекущих прекращение осуществления ежемесячной денежной выплаты (перемена места жительства, получение ежемесячной денежной выплаты другим родителем, смерть больного фенилкетонурией, отмена усыновления, опеки (попечительства), лишение (ограничение) родительских прав в отношении ребенка, больного фенилкетонурией, направление родителя или иного законного представителя ребенка, больного фенилкетонурией, на принудительное лечение по решению суда, расторжение брака получателем ежемесячной денежной выплаты, изменение реквизитов счета, открытого в кредитной организации, и др.).

Директор ГКУ РД «Управление
(территориальное управление)
социальной защиты населения в
муниципальном образовании»

« _____ » _____

(подпись)

(расшифровка подписи)

М.П.

Телефон: _____

E-mail: _____



ПРИЛОЖЕНИЕ № 7
к Административному регламенту
Министерства труда и социального
развития Республики Дагестан по
предоставлению государственной услуги
«Назначение и осуществление ежемесячной
денежной выплаты больным
фенилкетонурией»

Форма

(бланк управления (территориального управления) социальной защиты населения)

УВЕДОМЛЕНИЕ

об отказе в назначении ежемесячной денежной выплаты больным
фенилкетонурией (далее – ежемесячная денежная выплата)

(ФИО заявителя,
адрес проживания)

№ _____

от «__» _____ 20__ года

Уважаемый(-ая)

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

уведомляем Вас о принятии решения об отказе в назначении ежемесячной денежной выплаты по Вашему заявлению от «__» _____ 20__ г. в соответствии с постановлением Правительства Республики Дагестан от 8 февраля 2024 г. № 16 «О мерах социальной поддержки больных фенилкетонурией».

Причины отказа:

Решение об отказе Вам в назначении ежемесячной денежной выплаты может быть обжаловано в соответствии с законодательством Российской Федерации.



КОПИЯ ВЕРНА

[Signature]
Дата "16" 12 2024 г.

Директор ГКУ РД «Управление
(территориальное управление)
социальной защиты населения в
муниципальном образовании

« _____ » _____
(подпись) (расшифровка подписи)
М.П.

Телефон: _____
E-mail: _____

ПРИЛОЖЕНИЕ № 8
к Административному регламенту
Министерства труда и социального
развития Республики Дагестан по
предоставлению государственной услуги
«Назначение и осуществление ежемесячной
денежной выплаты больным
фенилкетонурией»

Форма

_____ (бланк управления (территориального управления) социальной защиты населения)

УВЕДОМЛЕНИЕ
о прекращении осуществления ежемесячной денежной выплаты больным
фенилкетонурией (далее – ежемесячная денежная выплата)

(ФИО заявителя,
адрес проживания)

от « ____ » _____ 20 ____ года



Уважаемый(-ая)

_____ (указывается фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя)

сообщаем, что в связи с _____
(указывается причина прекращения ежемесячной денежной выплаты)

_____ (указывается вид выплаты)

по заявлению от «__» _____ 20__ г. № _____ прекращена
с «__» _____ 20__ г.

Выплата государственной услуги может быть возобновлена при устранении причин, вызвавших прекращение выплаты государственной услуги (перемена места жительства, получение ежемесячной денежной выплаты другим родителем, смерть больного фенилкетонурией, отмена усыновления, опеки (попечительства), лишение (ограничение) родительских прав в отношении ребенка, больного фенилкетонурией, направление родителя или иного законного представителя ребенка, больного фенилкетонурией, на принудительное лечение по решению суда, расторжение брака получателем ежемесячной денежной выплаты, изменение реквизитов счета, открытого в кредитной организации, и др.).

Директор ГКУ РД «Управление
(территориальное управление)
социальной защиты населения в
муниципальном образовании

«_____» _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

М.П.

Телефон: _____

E-mail: _____



КОПИЯ ВЕРНА

_____ /
Дата "16" 12 2024.




 КОШИЛ ВЕРНА
 Дата "16" 12 2024г.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 9

к Административному регламенту
 Министерства труда и социального
 развития Республики Дагестан по
 предоставлению государственной услуги
 «Назначение и осуществление ежемесячной денежной
 выплаты больным фенилкетонурией»

Форма

ЖУРНАЛ

регистрации заявлений и решений о назначении и осуществлении ежемесячной денежной выплаты больным фенилкетонурией

№ п/п	Дата обращения заявителя		Фамилия, имя, отчество заявителя (законного представителя) ребенка (детей)	Место жительства (пребывания), телефон	Содержание заявления (вид выплаты)	Дата вынесения решения (о назначении/об отказе в назначении с указанием причины отказа)	Содержание решения				Номер личного дела (лицевого счета)	Подпись специалиста УСЗН	
	в МФЦ	в УСЗН					(назначить/отказать в назначении)	на скольких детей	сумма (руб.)	с какого месяца, года			срок по какой месяц, год
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

ПРИЛОЖЕНИЕ № 10
к Административному регламенту
Министерства труда и социального
развития Республики Дагестан по
предоставлению государственной услуги
«Назначение и осуществление ежемесячной
денежной выплаты больным
фенилкетонурией»

ПЕРЕЧЕНЬ

общих признаков, по которым объединяются категории заявителей, а также комбинации признаков заявителей, каждая из которых соответствует одному варианту предоставления государственной услуги

Признаки, по которым объединяются категории заявителей		
№ п/п	Общие признаки	Категории заявителей
1	Категории граждан, указанных в пункте 2.1 подраздела 2 раздела I Административного регламента.	Заявителями на назначение и осуществление ежемесячной денежной выплаты больным фенилкетонурией (далее соответственно – заявители, ежемесячная денежная выплата) являются: а) больной фенилкетонурией, проживающий на территории Республики Дагестан; б) родитель или иной законный представитель, с которым проживает ребенок, больной фенилкетонурией.
№ п/п	Комбинация признаков	Вариант предоставления государственной услуги
1	Представление заявителем в установленные сроки документов (сведений), необходимых для предоставления государственной услуги, указанных в пункте 6.1 подраздела 6 раздела II Административного регламента, их проверка и регистрация, а также поступление документов (сведений), запрашиваемых в рамках межведомственного взаимодействия, указанных в пункте 6.3 подраздела 6	Принятие решения о назначении ежемесячной денежной выплаты.



	раздела II Административного регламента. Подтверждение права заявителя на предоставление государственной услуги.	
2	Не представление заявителем в установленные сроки документов (сведений), необходимых для предоставления государственной услуги, указанных в пункте 6.1 подраздела 6 раздела II Административного регламента. Наличие оснований, указанных в пункте 8.2 подраздела 8 раздела II Административного регламента, влекущих принятие решения об отказе в предоставлении государственной.	Принятие решения об отказе в назначении ежемесячной денежной выплаты.
3	Выявление заявителем опечаток и ошибок в полученном заявителем документе.	Исправление допущенных опечаток и ошибок в письменном уведомлении о предоставлении государственной услуги.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 11
к Административному регламенту
Министерства труда и социального
развития Республики Дагестан по
предоставлению государственной услуги
«Назначение и осуществление ежемесячной
денежной выплаты больным
фенилкетонурией»

Форма

(наименование управления (территориального управления) социальной защиты населения)



№ _____

Дата _____

РАСПОРЯЖЕНИЕ

Гр. _____
 (указывается фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя)

_____ (указывается наименование выплаты)

прекратить (приостановить) с _____ 20 ____ г. _____

_____ (указывается причина прекращения выплаты (приостановки срока принятия решения))

Дата	
Подпись специалиста	

Директор ГКУ РД «Управление
 (территориальное управление)
 социальной защиты населения в
 муниципальном образовании

« _____ » _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

М.П.

Телефон: _____

E-mail: _____

ПРИЛОЖЕНИЕ № 12
 к Административному регламенту
 Министерства труда и социального
 развития Республики Дагестан по
 предоставлению государственной услуги



«Назначение и осуществление ежемесячной денежной выплаты больным фенилкетонурией»

Форма

_____ (наименование управления (территориального управления) социальной защиты населения)

№ _____

Дата _____

РАСПОРЯЖЕНИЕ

Гр. _____

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

_____ (указывается наименование выплаты)

возобновить с _____ 20__ года _____

_____ (указывается основание для возобновления государственной услуги)

Дата	
Подпись специалиста	

Директор ГКУ РД «Управление (территориальное управление) социальной защиты населения в муниципальном образовании

« _____ » _____

(подпись)

(расшифровка подписи)

М.П.



ПРИЛОЖЕНИЕ № 13
к Административному регламенту
Министерства труда и социального
развития Республики Дагестан по
предоставлению государственной услуги
«Назначение и осуществление ежемесячной
денежной выплаты больным
фенилкетонурией»

Форма

_____ (должностное лицо, которому направляется жалоба)

от _____

_____ (указывается фамилия, имя, отчество полностью)

Зарегистрированного(-ой) по адресу: _____

_____ телефон _____

ЖАЛОБА

на действия (бездействия) или решения, осуществленные (принятые) в ходе предоставления государственной услуги

_____ (наименование органа, должности, фамилии, имени и отчества работника (при наличии информации), решение, действие (бездействие), которого обжалуется)

1. Предмет жалобы (краткое изложение обжалуемых действий (бездействий) или решений)

2. Причина несогласия (основания, по которым лицо, подающее жалобу, несогласно с действием (бездействием) или решением со ссылками на пункты административного регламента, либо статьи закона)



КОПИЯ ВЕРНА
_____ /
Дата "16" 12 20 24.

3. Приложение: (документы, либо копии документов, подтверждающие изложенные обстоятельства) _____

Способ получения ответа (нужное подчеркнуть):

при личном обращении;

посредством почтового отправления на адрес, указанный в заявлении;

посредством электронной почты _____

_____ (подпись заявителя)

_____ (фамилия, имя, отчество заявителя)

« » _____ 20 г.

