

## РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

орловская область

муниципальное образование «Город орЁл»

# Администрация города Орла

#### постановление

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

Орёл

О внесении изменений в постановление администрации города Орла от 10.10.2016 № 4606 «Об утверждении Порядка предоставления дополнительной меры социальной поддержки участникам вооруженных конфликтов последних лет, получивших инвалидность вследствие военной травмы»

В целях приведения в соответствие с действующим законодательством порядка предоставления дополнительной меры социальной поддержки участникам вооруженных конфликтов последних лет, получивших инвалидность вследствие военной травмы, в соответствии с решением Орловского городского Совета народных депутатов от 27.02.2012 № 15/0257-ГС «О дополнительной мере социальной поддержки участникам вооруженных конфликтов последних лет, получивших инвалидность вследствие военной травмы», руководствуясь [Уставом](consultantplus://offline/ref=F63E52C57A115B170D4EC9F86DF276A69B9BFBC61C9C38AAFEB40BC6B9EFCFCC72A7M) городского округа город Орел, **администрация города Орла постановляет**:

1. Внести в [постановление](consultantplus://offline/ref=E05CDA22802DFE0FB947809197A55113D5985BE3C073ADBB42B777D110887ACAUCb0N) администрации города Орла от 10.10.2016 № 4606 «Об утверждении Порядка предоставления дополнительной меры социальной поддержки участникам вооруженных конфликтов последних лет, получивших инвалидность вследствие военной травмы» следующие изменения:

1.1. Пункт 3 Приложения к постановлению (далее – Приложение) изложить в следующей редакции:

«3. Заявление о назначении ежемесячной денежной выплаты по форме, представленной в приложении к настоящему Порядку (далее – заявление), подается в администрацию города Орла (далее – администрация) с предоставлением следующих документов:

1) копии документа, удостоверяющего личность;

2) копии военного билета (справки из войсковой части, военкомата) с отметками, подтверждающими:

- прохождение военной службы по призыву;

- получение в период прохождения военной службы по призыву военной травмы;

- прохождение службы на территории Афганистана, Республики Северная Осетия и Чеченской Республики;

3) копии справки медико-социальной экспертизы о наличии инвалидности вследствие военной травмы (документы медицинского освидетельствования военно-врачебной комиссии);

4) реквизитов банковского счета;

5) страхового номера индивидуального лицевого счета (СНИЛС).».

1.2. Пункт 4 Приложения изложить в следующей редакции:

«4. Копии документов, указанные в пункте 3 настоящего Порядка, предоставляются с оригиналами документов или с копиями, заверенными в установленном порядке.».

1.3. Абзац 2 Пункта 9 Приложения исключить.

1.4. Пункт 10 Приложения изложить в следующей редакции:

«10. Получатели ежемесячной денежной выплаты обязаны в течение 5 рабочих дней информировать администрацию города Орла о наступлении следующих обстоятельств:

- об изменении места жительства;

- о факте переосвидетельствования учреждением государственной службы медико-социальной экспертизы;

- об изменении реквизитов банковского счета.

1.5 Пункт 14 Приложения изложить в следующей редакции:

«14. Уведомление о назначении или об отказе в назначении (с указанием причин отказа) ежемесячной денежной выплаты направляется заявителю администрацией города Орла в письменном виде в течение 5 рабочих дней со дня принятия соответствующего решения.».

1.6. Пункт 17 Приложения исключить.

1.7. Приложение к Порядку предоставления дополнительной меры социальной поддержки участникам вооруженных конфликтов последних лет, получивших инвалидность вследствие военной травмы изложить в новой редакции согласно приложению к настоящему постановлению.

2. Управлению по взаимодействию со средствами массовой информации и аналитической работе администрации города Орла (О.А. Храмченкова) опубликовать настоящее постановление в газете «Орловская городская газета» и разместить на официальном сайте администрации города Орла в сети Интернет.

3. Контроль за исполнением настоящего постановления возложить на заместителя Мэра города Орла И.М. Печерского и заместителя Мэра города Орла А.В. Степанова.

Мэр города Орла Ю.Н. Парахин

Приложение

к постановлению

администрации города Орла

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение

к Порядку

предоставления дополнительной

меры социальной поддержки участникам

вооруженных конфликтов последних лет,

получившим инвалидность вследствие

военной травмы

Заявление

о назначении ежемесячной денежной выплаты

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

(фамилия, имя, отчество)

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

(город, улица, дом, квартира)

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

(телефон: домашний, рабочий)

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

(серия и номер паспорта, когда и кем выдан)

Прошу назначить ежемесячную денежную выплату.

К заявлению прилагаю:

1) копию документа, удостоверяющего личность;

2) копию справки медико-социальной экспертизы, подтверждающей факт установления инвалидности вследствие военной травмы;

3) справку из военкомата о прохождении срочной военной службы и непосредственном участии в боевых действиях на территории: Афганистана, Республики Северная Осетия и Чеченской Республики;

4) реквизиты банковского счета;

5) страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС).

Прошу производить ежемесячную денежную выплату:

на счет № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Обязуюсь в течение 5 рабочих дней уведомить управление социальной поддержки населения, опеки и попечительства администрации города Орла об изменении места жительства, о факте переосвидетельствования учреждением государственной службы медико-социальной экспертизы, об изменении реквизитов банковского счета.

Я даю свое согласие на обработку моих персональных данных

управлению социальной поддержки населения, опеки и попечительства администрации города Орла, к которым относятся:

- фамилия, имя, отчество;

- паспортные данные;

- адрес места проживания, адрес регистрации;

- сведения из справки, выданной бюро медико-социальной экспертизы,

подтверждающей наличие инвалидности;

- сведения из официальных документов, подтверждающие принадлежность заявителя к категориям граждан, имеющих право на получение меры социальной поддержки;

- домашний и мобильный телефоны;

- реквизиты банковского счета;

- прочие сведения.

Я даю согласие на использование моих персональных данных в целях предоставления меры социальной поддержки участникам вооруженных конфликтов последних лет, получившим инвалидность вследствие военной травмы.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанной выше цели, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, предоставление (в том числе передачу третьим лицам), обезличивание, блокирование, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Управление социальной поддержки населения, опеки и попечительства администрации города Орла гарантирует, что обработка моих персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован, что управление социальной поддержки населения, опеки и попечительства администрации города Орла будет обрабатывать мои персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки.

Данное согласие действует до достижения цели обработки моих персональных данных, установленных действующим законодательством Российской Федерации.

Согласие может быть отозвано по моему письменному заявлению.

Я подтверждаю, что, давая такое Согласие, я действую по своей воле и в своих интересах.

Мне разъяснены юридические последствия отказа предоставить свои персональные данные.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заместитель начальника управления

социальной поддержки населения,

опеки и попечительства

администрации города Орла И.В. Ковалева