



ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ  
ДЕПАРТАМЕНТ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ  
ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

г. Томск

13.05.2013

№ 54/13

Об утверждении Порядка предоставления компенсационных выплат родителям (законным представителям) детей-инвалидов за реабилитационные услуги, полученные на базе организаций Томской области, оказывающих услуги по медицинской реабилитации, а также компенсаций родителям (законным представителям) детей-инвалидов стоимости путевок «Мать и дитя», включающих услуги по медицинской реабилитации, полученные на базе санаториев-профилакториев Томской области и города Кемерово

В целях реализации п.1.3 долгосрочной целевой программы «Право быть равным на 2013-2016 годы» (утверждена постановлением Администрации Томской области от 11.12.2012 № 510а),

ПРИКАЗЫВАЕМ:

1. Утвердить Порядок предоставления компенсационных выплат родителям (законным представителям) детей-инвалидов за реабилитационные услуги, полученные на базе организаций Томской области, оказывающих услуги по медицинской реабилитации, а также компенсаций родителям (законным представителям) детей-инвалидов стоимости путевок «Мать и дитя», включающих услуги по медицинской реабилитации, полученные на базе санаториев-профилакториев Томской области и города Кемерово, согласно приложению к настоящему постановлению (далее – Порядок) (приложение).

2. Департаменту здравоохранения Томской области (Кобякова О.С.) организовать в учреждениях здравоохранения Томской области, имеющих прикрепленное детское население:

1) информирование и учет родителей (законных представителей) детей-инвалидов, нуждающихся в проведении медицинской реабилитации на базе санаториев-профилакториев Томской области, города Кемерово, в том числе по путевке «Мать и дитя», а также организаций Томской области, оказывающих услуги по медицинской реабилитации;

2) сбор от граждан документов, необходимых для назначения компенсационных выплат родителям (законным представителям) детей-инвалидов за реабилитационные услуги, полученные на базе организаций Томской области, оказывающих услуги по медицинской реабилитации, а также компенсаций

родителям (законным представителям) детей-инвалидов стоимости путевок «Мать и дитя», включающих услуги по медицинской реабилитации детей-инвалидов, полученные на базе санаториев-профилакториев Томской области и города Кемерово, и передачу этих документов в органы социальной защиты населения по месту жительства родителей (законных представителей) детей-инвалидов для осуществления компенсационных выплат, предусмотренных Порядком.

3. Департаменту социальной защиты населения Томской области (Трифонова И.А.) обеспечить осуществление компенсационных выплат в соответствии с утвержденным Порядком в пределах ассигнований, предусмотренных на указанные цели в долгосрочной целевой программе «Право быть равным на 2013-2016 годы».

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя начальника Департамента здравоохранения Томской области по лечебно-профилактической работе Тимошину Е.Л., заместителя начальника Департамента социальной защиты населения Томской области Токинову С.И.

Начальник департамента  
здравоохранения  
Томской области



О.С. Кобякова

Начальник Департамента  
социальной защиты населения  
Томской области



И.А. Трифонова



## Порядок

предоставления компенсационных выплат родителям (законным представителям) детей-инвалидов за реабилитационные услуги, полученные на базе организаций Томской области, оказывающих услуги по медицинской реабилитации, а также компенсация родителям (законным представителям) детей-инвалидов стоимости путевок «Мать и дитя», включающих услуги по медицинской реабилитации, полученные на базе санаториев-профилакториев Томской области и города Кемерово

1. Настоящий Порядок разработан в соответствии с пунктом 1.3 долгосрочной целевой программы «Право быть равным на 2013-2016 годы», утверждённой постановлением Администрации Томской области от 11.12.2012 № 510а, и определяет механизм предоставления из средств областного бюджета компенсационных выплат родителям (законным представителям) детей-инвалидов за реабилитационные услуги, полученные на базе организаций Томской области, оказывающих услуги по медицинской реабилитации, а также компенсаций родителям (законным представителям) детей-инвалидов стоимости путевок «Мать и дитя», включающих услуги по медицинской реабилитации, полученные на базе санаториев-профилакториев Томской области и города Кемерово (далее - компенсационные выплаты).

2. Право на компенсационную выплату имеет проживающий на территории Томской области один из родителей (законный представитель) ребенка-инвалида за реабилитационные услуги, полученные на базе организаций Томской области, имеющих лицензию на медицинскую деятельность, а также компенсаций родителям (законным представителям) детей-инвалидов стоимости путевок «Мать и дитя», включающих услуги по медицинской реабилитации, полученные на базе санаториев-профилакториев Томской области и города Кемерово (далее – медицинские реабилитационные услуги).

Право на компенсационную выплату одного из родителей (законных представителей) ребенка-инвалида возникает с даты подачи документов в порядке очередности получения медицинских реабилитационных услуг, но не ранее даты постановки на учет в уполномоченной медицинской организации по месту жительства в качестве нуждающихся в предоставлении компенсационной выплаты.

3. Компенсационная выплата предоставляется единовременно, не чаще одного раза в текущем календарном году, и выплачивается заявителю в размере фактически понесенных расходов на оплату медицинских реабилитационных услуг, указанных в пункте 2 настоящего Порядка, но не более 50 000 рублей на каждого ребенка-инвалида.

4. Расходы, связанные с доставкой и пересылкой компенсационной выплаты, осуществляются за счет средств областного бюджета.

5. В целях получения компенсационной выплаты один из родителей (законных представителей) ребенка-инвалида (далее – заявитель), обращается в

медицинскую организацию по месту жительства, уполномоченную Департаментом здравоохранения Томской области (далее – медицинская организация) и представляет следующие документы:

1) письменное заявление по форме согласно приложению 1 к настоящему Порядку;

2) копию паспорта гражданина Российской Федерации или иного документа, удостоверяющего личность заявителя;

3) копию свидетельства о рождении ребенка-инвалида, а также копии иных документов, подтверждающих родство заявителя с ребенком-инвалидом (свидетельство об установлении отцовства, свидетельство о заключении брака);

4) копию решения (постановления) органа опеки и попечительства об установлении над ребенком-инвалидом опекуна (попечителя) или копию договора о передаче ребенка в приемную семью (для детей, находящихся под опекой или в приемной семье), или копию документа, подтверждающего полномочия законного представителя ребенка-инвалида (доверенности, оформленной в соответствии с действующим федеральным законодательством);

5) копию справки об установлении инвалидности ребенку-инвалиду, выданную федеральным учреждением медико-социальной экспертизы;

6) документы, подтверждающие факт оплаты медицинских реабилитационных услуг (счета-фактуры, квитанции, кассовые и товарные чеки, счета, расписки и иные документы, содержащие сведения об оплате реабилитационных услуг);

Срок обращения заявителя за компенсационной выплатой устанавливается до 15 декабря текущего года, в котором получены медицинские реабилитационные услуги.

6. Медицинская организация на основании заявления, указанного в подпункте 1) пункта 5 настоящего Порядка:

1) обеспечивает учет детей-инвалидов, получивших медицинские реабилитационные услуги;

2) принимает документы, представленные заявителем, для подтверждения права на получение компенсационной выплаты, и проверяет правильность их оформления и право на получение компенсационной выплаты;

3) сличает подлинники документов, указанных в подпунктах 1) – 5) пункта 5 настоящего Порядка, с их копиями и заверяет их печатью и подписью руководителя медицинской организации.

4) в течение 3 рабочих дней оформляет заявку медицинской организации на предоставление заявителю компенсационной выплаты по форме согласно приложению 2 к настоящему Порядку и вместе документами, представленными заявителем, направляет с сопроводительной описью в областное государственное бюджетное учреждение «Центр социальной поддержки населения» по месту жительства заявителя, уполномоченное Департаментом социальной защиты населения Томской области для осуществления компенсационной выплаты заявителю (далее – уполномоченное учреждение).

7. Уполномоченное учреждение:

1) принимает и регистрирует заявку медицинской организации и осуществляет проверку соответствия представленных документов пункту 5 и подпункту 3 пункта 6 настоящего Порядка;



2) в течение 10 рабочих дней с даты приема (регистрации) заявки и представленных документов принимает решение о назначении (отказе в назначении) компенсационной выплаты и в течение 5 рабочих дней с даты принятия решения уведомляет заявителя (при его желании) о принятом решении.

Решение о назначении компенсационной выплаты содержит дату и номер решения, наименование уполномоченного учреждения, наименование выплаты, фамилию, имя, отчество заявителя, которому она назначена, правовое основание для принятия решения, фамилию, имя, отчество ребенка-инвалида, получившего медицинские реабилитационные услуги.

Решение о назначении компенсационной выплаты принимается руководителем уполномоченного учреждения, заверяется его подписью и печатью уполномоченного учреждения.

Решение об отказе в назначении компенсационной выплаты содержит дату и номер решения, наименование уполномоченного учреждения, фамилию, имя, отчество заявителя, которому отказано в назначении компенсации, фамилию, имя, отчество ребенка-инвалида, получившего медицинские реабилитационные услуги, правовое основание отказа, порядок обжалования решения. Решение заверяется подписью руководителя и печатью уполномоченного учреждения;

3) не позднее 26 числа месяца, следующего за месяцем приема (регистрации) заявки медицинской организации, осуществляет выплату заявителю компенсационной выплаты через оператора почтовой связи, на счет заявителя в кредитной организации, через кассу уполномоченного учреждения или иным способом, предусмотренным действующим федеральным законодательством (по выбору заявителя).

8. Основаниями для отказа в назначении компенсационной выплаты является непредоставление документов, предусмотренных настоящим Порядком.

9. Департамент социальной защиты населения Томской области ежеквартально до 15 числа месяца, следующего за отчетным кварталом, в установленном порядке направляет в Департамент здравоохранения Томской области отчет о выполнении п.1.3 долгосрочной целевой программы «Право быть равным на 2013-2016 годы», утвержденной постановлением Администрации Томской области от 11.12.2012 № 510а, в части предоставления компенсационных выплат с указанием количества произведенных компенсационных выплат и расходов на их предоставление.

Приложение № 2  
к Порядку предоставления компенсационных выплат  
родителям (законным представителям) детей-  
инвалидов за реабилитационные услуги, полученные  
на базе организаций Томской области, имеющих  
лицензию и оказывающих услуги по медицинской  
реабилитации, а также компенсаций родителям  
(законным представителям) детей-инвалидов  
стоимости путевок «Мать и дитя», включающих услуги  
по медицинской реабилитации, полученные на базе  
санаториев-профилакториев Томской области и города  
Кемерово, утвержденному приказом  
Департамента здравоохранения Томской области,  
Департамента социальной защиты населения  
Томской области  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Руководителю \_\_\_\_\_

(наименование территориального центра социальной  
поддержки населения )

от \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя медицинской  
организации)

\_\_\_\_\_  
(должность, наименование медицинской организации)

Дата \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

### ЗАЯВКА

на предоставление компенсационных выплат родителям (законным представителям)  
детей-инвалидов за реабилитационные услуги, полученные на базе организаций Томской  
области, имеющих лицензию на медицинскую деятельность и оказывающих услуги по  
медицинской реабилитации, а также компенсаций родителям (законным представителям)  
детей-инвалидов стоимости путевок «Мать и дитя», включающих услуги по медицинской  
реабилитации, полученные на базе санаториев-профилакториев Томской области и города  
Кемерово

Прошу назначить и выплатить компенсационную выплату в размере \_\_\_\_\_ руб.  
(указать сумму прописью) \_\_\_\_\_, установленную п.1.3 Долгосрочной  
целевой программы «Право быть равным на 2013-2016 годы», утвержденной  
постановлением Администрации Томской области от 11.12.2012 № 510а,  
гражданину: \_\_\_\_\_

за \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) родителя (законного представителя) ребенка-инвалида)  
за реабилитационные услуги, полученные ребенком-инвалидом

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка-инвалида, год рождения)

на базе:

Санатория-профилактория \_\_\_\_\_

(наименование санатория-профилактория)

Медицинской организации, оказывающей услуги по медицинской реабилитации детей-инвалидов

\_\_\_\_\_ (наименование медицинской организации, реквизиты лицензии на медицинскую  
деятельность, оказание медицинских услуг по реабилитации при нарушениях опорно-  
двигательной функции, аутизме)

(В квадрате слева от выбранного основания проставляется значок "V")

Основание: \_\_\_\_\_  
(наименование документа, подтверждающего факт оплаты медицинских реабилитационных услуг)

на сумму \_\_\_\_\_ руб. (сумма прописью) \_\_\_\_\_,

в том числе стоимость реабилитационных услуг составила \_\_\_\_\_ руб.  
(сумма прописью) \_\_\_\_\_

Перечень прилагаемых документов: (указываются в соответствии с Порядком предоставления компенсационных выплат родителям (законным представителям) детей-инвалидов за реабилитационные услуги, полученные на базе организаций Томской области, имеющих лицензию и оказывающих услуги по медицинской реабилитации, а также компенсаций родителям (законным представителям) детей-инвалидов стоимости путевок «Мать и дитя», включающих услуги по медицинской реабилитации, полученные на базе санаториев-профилакториев Томской области и города Кемерово, утвержденным приказом Департамента здравоохранения Томской области, Департамента социальной защиты населения Томской области от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Достоверность всех сведений, содержащихся в заявке и прилагаемых документах (всего листов \_\_\_\_\_) подтверждаю.

Руководитель \_\_\_\_\_  
(наименование медицинской организации)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя)

Главный бухгалтер \_\_\_\_\_  
(наименование медицинской организации)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гл. бухгалтера)

МП

Исполнитель:  
\_\_\_\_\_, тел. \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)



Приложение № 1  
к Порядку предоставления компенсационных выплат  
родителям (законным представителям) детей-  
инвалидов за реабилитационные услуги, полученные  
на базе организаций Томской области, имеющих  
лицензию и оказывающих услуги по медицинской  
реабилитации, а также компенсаций родителям  
(законным представителям) детей-инвалидов  
стоимости путевок «Мать и дитя», включающих услуги  
по медицинской реабилитации, полученные на базе  
санаториев-профилакториев Томской области и города  
Кемерово, утвержденному приказом  
Департамента здравоохранения Томской области,  
Департамента социальной защиты населения  
Томской области  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

**Руководителю** \_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации,  
принявшей документы

**от** \_\_\_\_\_

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

**Адрес регистрации:** \_\_\_\_\_

**Адрес фактического проживания:** \_\_\_\_\_

**Телефон:** \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении компенсационной выплаты за реабилитационные услуги, полученные  
ребенком-инвалидом, а также компенсации стоимости путевки «Мать и дитя»,  
включающих услуги по медицинской реабилитации

Прошу предоставить мне компенсационную выплату, предусмотренную Порядком предоставления компенсационных выплат родителям (законным представителям) детей-инвалидов за реабилитационные услуги, полученные на базе организаций Томской области, имеющих лицензию на медицинскую деятельность и оказывающих услуги по медицинской реабилитации, а также компенсаций родителям (законным представителям) детей-инвалидов стоимости путевок «Мать и дитя», включающих услуги по медицинской реабилитации, полученные на базе санаториев-профилакториев Томской области и города Кемерово, утвержденную приказом Департамента здравоохранения Томской области и Департамента социальной защиты населения Томской области (далее – компенсационную выплату) от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

К заявлению прилагаются (перечислить документы):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Прошу выплатить мне компенсационную выплату через (выбрать способ выплаты «V»):

1) оператора почтовой связи

\_\_\_\_\_ (номер почтового отделения)



2) кредитную организацию  
Сообщаю реквизиты моего счета

в отделении \_\_\_\_\_

Филиал \_\_\_\_\_

№ \_\_\_\_\_

№ \_\_\_\_\_

кредитной организации \_\_\_\_\_

для перечисления  
выплаты.

(наименование кредитной организации)

3) кассу Учреждения;

4) иным способом, предусмотренным действующим федеральным законодательством

(указать способ выплаты)

Уведомление о принятом решении прошу выслать /не высылать (нужное подчеркнуть) по адресу \_\_\_\_\_

(указать способ уведомления о принятом решении)

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
Подпись заявителя

\_\_\_\_\_  
Фамилия, инициалы.

Даю согласие \_\_\_\_\_

(наименование Центра социальной поддержки населения)

на обработку содержащихся в настоящем заявлении персональных данных, то есть их сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение.

Согласие на обработку персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении, действует до даты подачи заявления об отзыве настоящего согласия.

Мне разъяснено и понятно, что представление мною заведомо ложных и (или) недостоверных сведений, а также умолчание мною о фактах, влекущих прекращение пособий, компенсаций, субсидий и иных социальных выплат, влечет административную ответственность в соответствии со статьей 7.27. Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях либо уголовную ответственность в соответствии со ст. 159.2. Уголовного кодекса Российской Федерации. Памятка об административной и уголовной ответственности за мошенничество при получении социальных выплат мною получена.

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество заявителя)

\_\_\_\_\_  
(подпись заявителя)

Регистрационный номер заявления: \_\_\_\_\_

Дата приема заявления: “ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_ г.

Специалист ( \_\_\_\_\_ )  
медицинской  
организации

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя,  
отчество)

-----линия отреза-----

Расписка-уведомление о приеме документов на \_\_\_\_\_ листах принята.

Регистрационный номер заявления: \_\_\_\_\_

Дата приема заявления: “ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_ г.

Специалист ( \_\_\_\_\_ )  
медицинской  
организации \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)