



Министерство здравоохранения РФ
Ханты-Мансийский автономный округ-Югра
автономное учреждение
Ханты-Мансийского автономного округа-Югры
«Пыть-Яхская городская стоматологическая поликлиника»
(АУ «Пыть-Яхская городская стоматологическая поликлиника»)

ПОЛОЖЕНИЕ

о порядке постановки в очередь на получение меры социальной поддержки в виде бесплатного изготовления и (или) ремонта зубных протезов в автономном учреждении Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Пыть-Яхская городская стоматологическая поликлиника»

УТВЕРЖДЕНО
приказом главного врача
от 21 августа 2023 г. №08-0004
введено в действие с 01 сентября 2023 г.

город Пыть-Ях

Термины и определения

Для целей настоящего Положения используются следующие основные понятия:

- Медицинская услуга - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость.

- План лечения (заказ-наряд) – документ по утвержденной у Исполнителя форме, содержащий фамилию, имя, отчество Потребителя, зубную формулы, конкретный перечень оказываемых ему медицинских услуг, количество оказываемых услуг и цены по прейскуранту, ФИО врача.

- Медицинская помощь - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

- Качество медицинской помощи - совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

- Пациент - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором. Пациент, получающий платные медицинские услуги, является потребителем, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Закона РФ от 07.02.1992г. № 2300-1 «О защите прав потребителей»;

- Законный представитель - лицо, осуществляющее права и обязанности от имени другого лица (представляемого) в силу полномочия, основанного на доверенности, указании закона либо акте уполномоченного на то государственного органа или органа местного самоуправления. В том случае, когда совершение действий представителя обусловлено предписанием закона;

- Исполнитель - автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Пыть-Яхская городская стоматологическая поликлиника» (АУ «Пыть-Яхская городская стоматологическая поликлиника»), далее так же – Учреждение.

- Правила внутреннего распорядка – правила поведения Потребителей в период их нахождения в медицинской клиники Исполнителя, диагностики и лечения. Указанные правила доступны для ознакомления на сайте Исполнителя и на информационном стенде в медицинском Учреждении Исполнителя.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящее положение о порядке постановки в очередь на получение меры социальной поддержки в виде бесплатного изготовления и ремонта зубных протезов в автономном учреждении Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Пыть-Яхская городская стоматологическая поликлиника» (далее - Положение) регламентирует порядок предоставления и финансирования бесплатного изготовления и ремонта зубных протезов, установленного законами Ханты-Мансийского автономного округа - Югры в виде меры социальной поддержки, предоставляемой за счет средств бюджета Ханты-Мансийского автономного округа - Югры (далее - бесплатное зубопротезирование).

1.2. Бесплатное зубопротезирование предоставляется в виде изготовления и (или) ремонта съемных (полных и неполных пластиночных, бюгельных на кламмерной фиксации) и (или) несъемных зубных протезов.

1.3. Выбор вида зубных протезов из числа указанных в пункте 1.2. настоящего Положения осуществляется врачом-специалистом, проводящим бесплатное зубопротезирование исходя из имеющихся у гражданина индивидуальных клинико-анатомических особенностей.

1.4. При проведении бесплатного зубопротезирования не могут быть использованы драгоценные металлы и дорогостоящие материалы, приравняемые по стоимости к драгоценным металлам, включая золото, серебро, платину и металлы платиновой группы (палладий, иридий, радий, рутений и осмий), а также металлокерамика, безметалловая керамика и облицовочные композиционные материалы.

1.5. Изготовление новых зубных протезов проводится не чаще 1 раза в 2 календарных года, ремонт - по мере необходимости.

1.6. Оконченным случаем проведения бесплатного зубопротезирования является оптимальное с медицинской точки зрения восстановление соответствующей функциональной эффективности представителей установленных категорий граждан.

1.7. Бесплатное зубопротезирование подлежит обязательному учету, порядок ведения которого устанавливается Департаментом здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры.

1.8. По всем вопросам оказания медицинских услуг отдельным категориям граждан, Пациент имеет право обратиться к ответственным лицам, занимающимся организацией и оформлением отношений по предоставлению данных медицинских услуг:

- заведующий хозрасчетным ортопедическим отделением - врач-стоматолог-ортопед (8/3463/42-31-49, inelia07@rambler.ru);

- заведующий лечебно-профилактическим отделением №1 врач-стоматолог-терапевт (8/3463/42-33-62, inelia07@rambler.ru).

2. ПЕРЕЧЕНЬ КАТЕГОРИИ ГРАЖДАН ИМЕЮЩИХ ПРАВО НА ПОСТАНОВКУ В ОЧЕРЕДЬ НА ПОЛУЧЕНИЕ МЕРЫ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ В ВИДЕ БЕСПЛАТНОГО ИЗГОТОВЛЕНИЯ И РЕМОНТА ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ

2.1. В соответствии с законами Ханты-Мансийского автономного округа - Югры бесплатное зубопротезирование предоставляется отдельным категориям граждан, проживающим на территории Ханты-Мансийского автономного округа - Югры (далее - установленным категориям граждан), включая:

1) тружеников тыла - лиц, проработавших в тылу в период с 22 июня 1941 года по 9 мая 1945 года не менее шести месяцев, исключая период работы на временно оккупированных территориях СССР, либо награжденных орденами или медалями СССР за самоотверженный труд в период Великой Отечественной войны;

2) реабилитированных лиц и граждан, признанных пострадавшими от политических репрессий, указанных в части 2 статьи 1 Закона Ханты-Мансийского автономного округа - Югры от 7 ноября 2006 года № 115-оз «О мерах социальной поддержки отдельных категорий граждан в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре» (далее - Закон «О мерах социальной поддержки отдельных категорий граждан в Ханты-Мансийском автономном округе»);

3) ветеранов труда, а также граждан, приравненных к ним по состоянию на 31 декабря 2004 года, указанных в частях 4, 5 статьи 1 Закона «О мерах социальной поддержки отдельных категорий граждан в Ханты-Мансийском автономном округе» после установления (назначения) им пенсии в соответствии с Федеральными законами «О страховых пенсиях», «О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации».

4) инвалидов Великой Отечественной войны и инвалидов боевых действий, указанных в части 1 статьи 2 Закона «О мерах социальной поддержки отдельных категорий граждан в Ханты-Мансийском автономном округе»;

5) участников Великой Отечественной войны, ставших инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин, за исключением лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий;

6) бывших несовершеннолетних узников концлагерей, гетто и других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период второй мировой войны, признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин, за исключением лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий;

7) военнослужащих, лиц рядового и начальствующего состава органов внутренних дел, Государственной противопожарной службы, учреждений и органов уголовно-исполнительной системы, ставших инвалидами вследствие ранения, контузии или увечья, полученных при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей);

8) участников Великой Отечественной войны, указанных в части 5 статьи 2 Закона «О мерах социальной поддержки отдельных категорий граждан в Ханты-Мансийском автономном округе»;

9) ветеранов боевых действий, указанных в части 7 статьи 2 Закона «О мерах социальной поддержки отдельных категорий граждан в Ханты-Мансийском автономном округе»;

10) лиц, награжденных знаком «Жителю блокадного Ленинграда»;

11) лиц, награжденных знаком «Житель осажденного Севастополя»;

12) лиц, работавших на объектах противовоздушной обороны, местной противовоздушной обороны, на строительстве оборонительных сооружений, военно-морских баз, аэродромов и других военных объектов в пределах тыловых границ действующих фронтов, операционных зон действующих флотов, на прифронтовых участках железных и автомобильных дорог, членов экипажей судов транспортного флота, интернированных в начале Великой Отечественной войны в портах других государств;

13) нетрудоспособных членов семей погибших (умерших) инвалидов войны, участников Великой Отечественной войны, ветеранов боевых действий, указанных в пункте 10 статьи 2 Закона «О мерах социальной поддержки отдельных категорий граждан в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре», состоявших на иждивении погибших (умерших) и получающих пенсию по случаю потери кормильца (имеющих право на ее получение) в соответствии с пенсионным законодательством Российской Федерации;

14) инвалидов I, II, III групп;

15) детей-инвалидов в возрасте до 18 лет;

16) ветеранов труда Ханты-Мансийского автономного округа - Югры, после установления (назначения) им пенсии в соответствии с Федеральными законами «О страховых пенсиях», «О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации»;

17) неработающих одиноких граждан (женщины старше 55 лет и мужчины старше 60 лет), не относящиеся к льготным категориям;

18) граждан, проживающих в семьях, состоящих из неработающих граждан (женщины старше 55 лет и мужчины старше 60 лет), один из которых либо оба не относятся к льготным категориям.

3. ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМЫХ ДОКУМЕНТОВ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ В ОЧЕРЕДЬ НА ПОЛУЧЕНИЕ МЕРЫ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ В ВИДЕ БЕСПЛАТНОГО ИЗГОТОВЛЕНИЯ И РЕМОНТА ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ

3.1. Бесплатное зубопротезирование производится установленным категориям граждан в медицинских организациях государственной системы здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры (далее - государственные медицинские организации), при наличии медицинских показаний.

Перечень государственных медицинских организаций, предоставляющих меру социальной поддержки по бесплатному зубопротезированию, устанавливается приказом Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры.

3.2. Для проведения бесплатного зубопротезирования лица из числа установленных категорий граждан самостоятельно обращаются в государственные медицинские организации.

При этом они предъявляют:

- ✓ документ, удостоверяющий личность гражданина Российской Федерации и содержащий сведения о месте жительства;
- ✓ свидетельство обязательного пенсионного страхования.

Кроме того, дополнительно необходимо предъявить:

- для категорий граждан, указанных в п.п.1-12 п.2.1 настоящего Положения, - удостоверение о праве на льготы, установленные законодательством Российской Федерации и Ханты-Мансийского автономного округа - Югры;
- для категорий граждан, указанных в п.п.13 пункта 2.1. настоящего Положения, - удостоверение о праве на льготы, установленные законодательством Российской Федерации и Ханты-Мансийского автономного округа - Югры, или пенсионное удостоверение с отметкой: «Вдова (мать, отец) погибшего воина», справку установленной формы о гибели военнослужащего. Для супруги (супруга) погибшего (умершего) дополнительно - свидетельство о регистрации брака;
- для категорий граждан, указанных в п.п.14 пункта 2.1. настоящего Положения, право на бесплатное зубопротезирование подтверждается сведениями об инвалидности, содержащимися в федеральном реестре инвалидов, а в случае отсутствия соответствующих сведений в федеральном реестре инвалидов - представленными заявителями документами; факт постоянного проживания на территории Ханты-Мансийского автономного округа - Югры не менее 10 лет подтверждается соответствующими сведениями, указанными в документе, полученном гражданином в органах регистрационного учета в соответствии с законодательством Российской Федерации, либо по его желанию путем предъявления документа, удостоверяющего личность гражданина Российской Федерации и содержащего сведения о месте жительства;
- для категорий граждан, указанных в п.п.15 пункта 2.1. настоящего Положения, право на бесплатное зубопротезирование подтверждается сведениями об инвалидности, содержащимися в федеральном реестре инвалидов, а в случае отсутствия соответствующих сведений в федеральном реестре инвалидов - представленными заявителями документами. Для лиц в возрасте до 14 лет предоставляется свидетельство о рождении;
- для категорий граждан, указанных в п.п.16 пункта 2.1. настоящего Положения, - удостоверение о праве на льготы, установленные законодательством Российской Федерации и Ханты-Мансийского автономного округа - Югры;
- для категорий граждан, указанных в п.п.17 пункта 2.1. настоящего Положения, - пенсионное удостоверение (при наличии); трудовую книжку или ее копию, заверенную в установленном порядке, либо сведения о трудовой деятельности (на бумажном носителе, заверенные надлежащим образом, или в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью); подтверждение факта постоянного проживания на территории Ханты-Мансийского

автономного округа - Югры не менее 10 лет путем предъявления документа, полученного гражданами в органах регистрационного учета в соответствии с законодательством Российской Федерации, либо по их желанию путем предъявления документа, удостоверяющего личность гражданина Российской Федерации и содержащего сведения о месте жительства;

– для категорий граждан, указанных в п.п.18 пункта 2.1. настоящего Положения, - пенсионное удостоверение (при наличии); трудовую книжку или ее копию, заверенную в установленном порядке, либо сведения о трудовой деятельности (на бумажном носителе, заверенные надлежащим образом, или в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью); пенсионное удостоверение (при наличии) и трудовую книжку или ее копию, заверенную в установленном порядке, либо сведения о трудовой деятельности (на бумажном носителе, заверенные надлежащим образом, или в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью) - для неработающего члена семьи; подтверждение факта постоянного проживания на территории Ханты-Мансийского автономного округа - Югры не менее 10 лет путем предъявления документа, полученного гражданами в органах регистрационного учета в соответствии с законодательством Российской Федерации, либо по их желанию путем предъявления документа, удостоверяющего личность гражданина Российской Федерации и содержащего сведения о месте жительства.

3.3. Граждане, относящие себя к категории, указанной в п.п.18 пункта 2.1. настоящего Положения, также представляют сведения о лицах, проживающих с этими гражданами в одном жилом помещении, и о наличии или отсутствии родственных связей (родства) с такими лицами.

3.4. При этом гражданам, относящим себя к категориям, указанным в п.п.17-18 пункта 2.1. настоящего Положения, бесплатное зубопротезирование осуществляется по результатам проверки представленных ими сведений об одиноком проживании или проживании в семье, состоящей из неработающих граждан (женщины старше 55 лет и мужчины старше 60 лет), один из которых или оба не относятся к льготным категориям, в случае подтверждения этих сведений. Срок проведения такой проверки не должен превышать одного месяца со дня обращения за предоставлением бесплатного зубопротезирования.

Порядок проведения данной проверки устанавливается приказом Департамент здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры, Департамент информационных технологий и цифрового развития Ханты-Мансийского автономного округа - Югры и Департамент социального развития Ханты-Мансийского автономного округа - Югры.

3.5. Для лиц, указанных в пунктах 17-18 пункта 2.1. заявление оформляется по форме приложения №1, №2 с обязательным оформлением согласий в соответствии с формой - Приложение №4, №5, №6.

3.6. Для лиц, указанных в пунктах 1-16 пункта 2.1. заявление оформляется по форме приложения №3 с обязательным оформлением согласий в соответствии с формой - Приложение №4, №6.

3.7. Бесплатное зубопротезирование подлежит обязательному учету, порядок ведения которого устанавливается Департаментом здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры.

4. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ ОБРАЩЕНИЯ ГРАЖДАН ПРИ ПОСТАНОВКЕ В ОЧЕРЕДЬ НА ПОЛУЧЕНИЕ МЕРЫ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ В ВИДЕ БЕСПЛАТНОГО ИЗГОТОВЛЕНИЯ И РЕМОНТА ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ

4.1. Гражданин (заявитель), имеющий необходимость встать в очередь на бесплатное зубопротезирование, проходит осмотр у врача-стоматолога-ортопеда (кабинет №7) с целью определения необходимости в зубопротезировании и планировании дальнейшего лечения.

При выявлении медицинских показаний для зубопротезирования врач-стоматолог-ортопед направляет заявителя к врачу-стоматологу (по профилю), для осуществления санации полости рта.

По окончании санации полости рта заявитель проходит повторный осмотр у врача-стоматолога-ортопеда (кабинет №7), предъявляет медицинской сестре ортопедического отделения (кабинет №7) пакет документов: паспорт гражданина Российской Федерации, а также удостоверения и справки, установленные действующим законодательством Российской Федерации и автономного округа. Оформляет заявление.

4.2. Медицинская сестра хозрасчетного ортопедического отделения (или лицо ее замещающее):

4.2.1. принимает заявления (Приложение № 1, №2, №3), согласия (Приложение №4, №5, №6), а также документы заявителя, необходимые для получения мер социальной поддержки

4.2.2. регистрирует их в «Журнале учета заявлений граждан на льготное зубопротезирование» в течение 1 рабочего дня со дня их получения.

4.2.3. передает пакет документов в кассу Учреждения для проверки о наличии, либо отсутствии, у того или иного гражданина изготовления или ремонта зубных протезов за счет средств бюджета ХантыМансийского автономного округа - Югры.

О наличии или отсутствии бесплатного зубопротезирования за последние два года свидетельствует соответствующая отметка на заявлении.

4.2.4. Старший кассир/кассир Учреждения, направляет запрос в адрес бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Медицинский информационно-аналитический центр» посредством защищенного канала связи на получение имеющихся в базах данных региональных информационных систем сведений о факте проживания гражданина, заявившего о своей принадлежности к одной из категорий граждан, предусмотренных пунктом 2 статьи 3 Закона Ханты-Мансийского автономного округа - Югры от 07 ноября 2006 года №115-оз «О мерах социальной поддержки отдельных категорий граждан в Ханты-Мансийском автономном округе-Югре», по указанному заявителем адресу места жительства. Подписывая договор Пациент (Законный представитель) дает согласие как на обработку и передачу персональных данных, сведений составляющую врачебную тайну так и на передачу и получение персональных данных у третьей стороны (Приложение №4, №5).

4.3. После получения ответа за запрос медицинская сестра хозрасчетного ортопедического отделения (или лицо ее замещающие) передает пакет документов ведущему юрисконсульту.

4.4. Ведущий юрисконсульт в течении 2-х рабочих дней со дня получения заявлений, осуществляет следующее:

4.4.1. проверяет наличие всех необходимых документов, подтверждающих, что гражданин относится к той или иной категории, в соответствии с действующим законодательством.

4.4.2. в случае установления факта отсутствия одного или нескольких документов, подготавливает и направляет ответ в адрес заявителя об отказе в предоставлении бесплатного зубопротезирования с информацией о перечне документов, необходимых для бесплатного зубопротезирования.

4.4.3. готовит юридическое заключение (о возможности предоставления заявителю меры социальной поддержки).

При проведении юридической экспертизы устанавливаются:

- сроки последнего получения бесплатного зубопротезирования заявителем (изготовление новых протезов проводится не чаще 1 раз в 2 календарных года, ремонт - по мере необходимости);
- наличие у заявителя регистрации по месту жительства на территории ХантыМансийского автономного округа-Югры;
- возможность отнесения заявителя к установленным категориям граждан;
- сведения о факте постоянного проживания на территории Ханты-Мансийского автономного округа - Югры не менее 10 лет для категорий граждан указанных в п.п.15, 18, 19 пункта 2.1 раздела 2 настоящего Положения.

4.5. Результатом рассмотрения заявления о предоставлении льготного зубопротезирования, является принятие решения о постановке заявителя в очередь на бесплатное зубопротезирование или мотивированном отказе в бесплатном зубопротезировании с направлением заявителю (представителю) письменного ответа. Заявление с пакетом документов и вынесенным юридическим заключением передается медицинской сестре хозрасчетного ортопедического отделения для дальнейшей работы.

4.6. Медицинская сестра хозрасчетного ортопедического отделения контролирует и несет ответственность:

- за непосредственное информирование заявителя о принятом решении в течение трех рабочих дней с момента принятия соответствующего решения;
- соответствующую запись в «Журнале регистрации заявлений на льготное зубопротезирование».

4.7. В случае, если после рассмотрения заявления, принято решение об отказе заявителю в постановке в очередь на бесплатное зубопротезирование, то юридическое заключение с отрицательным решением и подшивается к заявлению и хранятся в архиве Учреждения.

4.8. В случае отказа постановки в очередь на бесплатное зубопротезирование, ведущий юрисконсульт Учреждения в обязательном порядке направляет письменный ответ заявителю одним из способов уведомления, указанных самим заявителем. При поступлении заявления по электронной почте, ответ направляется заявителю по электронной почте.

4.9. При положительном ответе и заявление и копии предоставленных заявителем документов хранятся до времени, назначенного для осуществления бесплатного зубопротезирования, у медицинской сестры ортопедического отделения.

4.10. При вызове Пациента на прием, заявление с пакетом документов прикрепляется к наряду и передается лечащему врачу.

4.11. Оформление бесплатного зубопротезирования производится соответствующим договором об оказании ортопедических стоматологических услуг изготовление и ремонт зубных протезов за счет средств бюджета Ханты-Мансийского автономного округа -Югры (Приложение № 7).

4.12. По окончании услуг по изготовлению и ремонту зубных протезов за счет средств бюджета Ханты-Мансийского автономного округа –Югры Стороны оформляют Акт приема передач выполненных работ/оказанных услуг (Приложение №8)

4.12. Медицинская сестра хозрасчетного ортопедического отделения передает документы завершенных случаев льготного зубопротезирования в кассу Учреждения, для внесения в информационную систему «МедВедь».

5. ДОСУДЕБНОЕ (ВНЕСУДЕБНОЕ) ОБЖАЛОВАНИЕ ЗАЯВИТЕЛЕМ РЕШЕНИЙ И ДЕЙСТВИЙ (БЕЗДЕЙСТВИЙ) СПЕЦИАЛИСТОВ УЧРЕЖДЕНИЯ, УЧАСТВУЮЩИХ В ПРЕДОСТАВЛЕНИИ МЕРЫ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ

5.1. Пациент (законный представитель) имеет право на досудебное (внесудебное) обжалование решений и действий (бездействий) принятых в ходе предоставления меры социальной поддержки.

5.2. Пациент (законный представитель) может обратиться с жалобой/обращением, в том числе в следующих случаях:

- нарушения срока регистрации запроса заявителя о предоставлении меры социальной поддержки;
- нарушения срока предоставления меры социальной поддержки;
- требования у заявителя документов, не предусмотренных нормативными правовыми актами Ханты-Мансийского автономного округа — Югры для предоставления меры социальной поддержки;

- отказа в приеме документов, предоставление которых предусмотрено нормативными правовыми актами Российской Федерации для предоставления меры социальной поддержки, у заявителя;
- отказа в предоставлении меры социальной поддержки, если основания отказа не предусмотрены федеральными законами и принятыми в соответствии с ними иными нормативными правовыми актами Российской Федерации;
- затребования с заявителя при предоставлении меры социальной поддержки, не предусмотренной нормативными правовыми актами Российской Федерации, нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации;
- отказа специалиста Учреждения, участвующего в предоставлении меры социальной поддержки, в исправлении допущенных ошибок в документах, выданных в результате предоставления меры социальной поддержки, либо нарушение установленного срока таких исправлений.

5.3. В досудебном (внесудебном) порядке заявитель вправе обжаловать действия или бездействия специалиста Учреждения, участвующего в предоставлении меры социальной поддержки.

5.4. Жалоба/обращение подается на имя главного врача Учреждения в письменной форме на бумажном носителе, в электронной форме.

5.5. Жалоба/обращение может быть направлена по почте, с использованием информационно-телекоммуникационной сети Интернет, а также может быть принята при личном приеме заявителя.

5.6. Жалоба/обращение, поступившая в Учреждение, подлежит рассмотрению главным врачом, в течение 15 рабочих дней со дня ее регистрации, а в случае обжалования отказа специалиста Учреждения в приеме документов у заявителя либо в исправлении допущенных опечаток и ошибок или в случае обжалования нарушения установленного срока таких исправлений - в течение 5 рабочих дней со дня ее регистрации.

5.7. Жалоба/обращение должна содержать:

- наименование должности руководителя Учреждения, участвующего в предоставлении меры социальной поддержки;
- фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), сведения о месте жительства заявителя - физического лица, а также номер контактного телефона, адрес, адрес (адреса) электронной почты (при наличии), по которым должен быть направлен ответ заявителю;
- сведения об обжалуемых решениях и действиях (бездействии) специалиста Учреждения, участвующего в предоставлении меры социальной поддержки;
- доводы, на основании которых заявитель не согласен с решением и действием (бездействием) специалиста Учреждения, участвующего в предоставлении меры социальной поддержки. Заявителем могут быть представлены документы (при наличии), подтверждающие доводы, либо их копии.

5.8. По результатам рассмотрения жалобы/обращения принимается одно из следующих решений:

- жалоба/обращение удовлетворяется, в том числе в форме отмены принятого решения, исправления допущенных опечаток и ошибок в документах, выданных в результате предоставления государственной услуги, возврата заявителю денежных средств, взимание которых не предусмотрено нормативными правовыми актами Российской Федерации, нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации, а также в иных формах;
- в удовлетворении жалобы/обращения отказывается.

5.9. Не позднее дня, следующего за днем принятия решения, указанного в пункте 5.8. настоящего Положения, заявителю в письменной форме или по желанию заявителя в электронной форме направляется мотивированный ответ о результатах рассмотрения жалобы/обращения.

5.10. Пациент (законный представитель) может направить обращение/жалобу в Учреждение в следующей форме и способом:

5.10.1. письмом, направляемым посредством почтовой связи. Адрес для письменных обращений граждан: 628386 Ханты-Мансийский автономный округ-Югра, г.Пыть-Ях, мкр 2А «Лесников», улица Сибирская, 6;

5.10.2. при личном обращении. Прием осуществляется главным врачом Учреждения и /либо заведующими отделений Учреждения в соответствии с графиком приёма граждан;

5.10.3. по электронной почте: inelia07@ Rambler.ru;

5.10.4. посредством функционала «Обратная связь» на официальном сайте Учреждения www.stomatputyax.ru.

6. ПОРЯДОК ВЫДАЧИ СПРАВОК ДЛЯ ГРАЖДАН, НЕ ВОСПОЛЬЗОВАВШИХСЯ ПРАВОМ НА БЕСПЛАТНОЕ ИЗГОТОВЛЕНИЕ И РЕМОНТ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ

6.1. Пациент желающий получить справку, подтверждающую тот факт, что им не было реализовано право бесплатного изготовления и ремонта зубных протезов за счет средств бюджета автономного округа за последние два календарных года, оформляет в ортопедическом кабинете № 7 заявление с указанием Ф.И.О. полностью, даты рождения, адреса проживания, контактного телефона.

6.2. После оформления заявления, медицинская сестра хозрасчетного ортопедического отделения проверяет наличие/отсутствие факта предоставления гражданину услуги бесплатного изготовления зубных протезов за счет средств автономного округа. На заявлении ставится соответствующая отметка.

6.3. При подтверждении факта отсутствия в течение 2х календарных лет реализации права на получение меры социальной поддержки передает заявление в приемную, где секретарь руководителя Учреждения регистрирует заявление с присвоением входящего номера.

6.4. Зарегистрированное заявление поступает ведущему юрисконсульту. При подтверждении факта отсутствия в течение 2х календарных лет реализации права на получение меры социальной поддержки, ведущий юрисконсульт оформляет справку на заявителя (Приложение №9).

В случае, если заявителю была оказана услуга бесплатного зубопротезирования, ведущий юрисконсульт извещает пациента об отказе в выдаче справки.

6.5. Далее справка поступает в приемную, где после подписания главным врачом, регистрируется секретарем руководителя и направляется заявителю почтой на указанный им адрес, либо передается нарочно.

6.6. Ответ на обращение заявителя направляется на указанный им адрес/нарочно в срок не превышающий 30 дней со дня регистрации обращения.

Приложения

Приложение №1
к Положению о порядке постановки в очередь
на получение услуги в виде бесплатного изготовления и
ремонта зубных протезов (меры социальной поддержки)
категориям граждан, имеющих право на меры социальной поддержки в
АУ «Пыть-Яхская городская стоматологическая поликлиника»

ФОРМА

Главному врачу
АУ «Пыть-Яхская городская
стоматологическая поликлиника»
С.Б.Якушевой

ОТ _____
(ф.и.о. полностью)

Дата рождения _____ г.,
зарегистрированного (ой) по адресу:

Контактный тел. _____
СНИЛС _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить мне меру социальной поддержки в виде изготовления и (или) ремонта зубных протезов за счет средств бюджета Ханты-Мансийского автономного округа Югры (далее — бесплатное зубопротезирование).

Заявляю о своей принадлежности к предусмотренной Законом Ханты-Мансийского автономного округа — Югры от 07.11.2006 № 115-оз «О мерах социальной поддержки отдельных категорий граждан в Ханты-Мансийском автономном округе — Югре» категории - неработающие одинокие граждане (женщины старше 55 лет и мужчины старше 60 лет), не относящиеся к льготным категориям. В жилом помещении по адресу государственной регистрации проживаю один (одна).

Предоставляю документы, подтверждающие право на бесплатное зубопротезирование.

Подписав настоящее заявление, я подтверждаю достоверность предоставленных мной сведений.

Настоящим даю согласие на проведение в отношении меня проверки с целью установления достоверности заявленных мной сведений о принадлежности к указанной выше категории получателей бесплатного зубопротезирования.

Последствия предоставления ложных и (или) недостоверных сведений в виде взыскания с меня стоимости зубопротезирования и привлечения к иной ответственности, установленной законодательством, мне известны.

К настоящему заявлению прилагаю документы на _____ листах.

« ____ » _____ 20 ____ г.

подпись

ФИО

Приложение №2
к Положению о порядке постановки в очередь
на получение услуги в виде бесплатного изготовления и
ремонта зубных протезов (меры социальной поддержки)
категориям граждан, имеющих право на меры социальной поддержки в
АУ «Пыть-Яхская городская стоматологическая поликлиника»

ФОРМА

Главному врачу
АУ «Пыть-Яхская городская
стоматологическая поликлиника»
С.Б.Якушевой

ОТ _____
(ф.и.о. полностью)

Дата рождения _____ г.,
зарегистрированного (ой) по адресу:

Контактный тел. _____
СНИЛС _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить мне меру социальной поддержки в виде изготовления и (или) ремонта зубных протезов за счет средств бюджета Ханты—Мансийского автономного округа — Югры (далее — бесплатное зубопротезирование).

Заявляю о своей принадлежности к предусмотренной Законом Ханты-Мансийского автономного округа — Югры от 07.11.2006 № 115—оз «О мерах социальной поддержки отдельных категорий граждан в Ханты-Мансийском автономном округе — Югре» категории - граждане, проживающие в семьях, состоящих из неработающих граждан (женщины старше 55 лет и мужчины старше 60 лет), один из которых либо оба не относятся к льготным категориям.

В жилом помещении по адресу государственной регистрации проживают следующие лица:

№ п/п	ФИО дата/месяц/год рождения	Является /не является родственником (степень родства)	Информация о трудовом статусе (работает/ не работает)
1			
2			

Предоставляю документы, подтверждающие право на бесплатное зубопротезирование.

Подписав настоящее заявление, я подтверждаю достоверность предоставленных мной сведений.

Настоящим даю согласие на проведение в отношении меня проверки с целью установления достоверности заявленных мной сведений о принадлежности к указанной выше категории получателей бесплатного зубопротезирования.

Последствия предоставления ложных и (или) недостоверных сведений в виде взыскания с меня стоимости зубопротезирования и привлечения к иной ответственности, установленной законодательством, мне известны.

К настоящему заявлению прилагаю документы на _____ листах.

« ____ » _____ 20 ____ г.

подпись

ФИО

Приложение №3
к Положению о порядке постановки в очередь
на получение услуги в виде бесплатного изготовления и
ремонта зубных протезов (меры социальной поддержки)
категориям граждан, имеющих право на меры социальной поддержки в
АУ «Пыть-Яхская городская стоматологическая поликлиника»

ФОРМА

Главному врачу
АУ «Пыть-Яхская городская
стоматологическая поликлиника»
С.Б.Якушевой

ОТ _____
(ф.и.о. полностью)

Дата рождения _____ г.,
зарегистрированного (ой) по адресу:

Контактный тел. _____
СНИЛС _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу поставить меня в очередь и предоставить мне меру социальной поддержки в виде изготовления и (или) ремонта зубных протезов за счет средств бюджета Ханты—Мансийского автономного округа — Югры (далее — бесплатное зубопротезирование).

Заявляю о своей принадлежности к предусмотренной Законом Ханты- Мансийского автономного округа — Югры от 07.11.2006 № 115—оз «О мерах социальной поддержки отдельных категорий граждан в Ханты-Мансийском автономном округе — Югре».

Документ, подтверждающий право на бесплатное зубопротезирование:

- Пенсионное удостоверение;
- Удостоверение ветерана труда;
- Справка по инвалидности;
- Удостоверение ветерана ВОВ;
- Удостоверение участника боевых действий;
- Удостоверение близкого родственника, погибшего инвалида-участника ВОВ;
- Удостоверение близкого родственника, военнослужащего погибшего при исполнении;
- _____

Подписав настоящее заявление, я подтверждаю достоверность предоставленных мной сведений и что за последние 2 (два) календарных года в Учреждении услугой бесплатного зубопротезирования – не пользовался.

Последствия предоставления ложных и (или) недостоверных сведений в виде взыскания с меня стоимости зубопротезирования и привлечения к иной ответственности, установленной законодательством, мне известны.

К настоящему заявлению прилагаю документы на _____ листах.

« ____ » _____ 20 ____ г.

_____ *подпись*

_____ *ФИО*

№ очереди _____

Изготовление зубных протезов

за последние два календарных года: да/ нет

Дата рассмотрения заявления « ____ » _____ 20-__ г.

Ведущий юрисконсульт _____

Заведующий хозрасчетного ортопедического отделения _____

Приложение №4

**Положения о порядке постановки в очередь
на получение услуги в виде бесплатного изготовления и
ремонта зубных протезов (меры социальной поддержки)
категориям граждан, имеющих право на меры социальной поддержки в
АУ «Пыть-Яхская городская стоматологическая поликлиника»**

ФОРМА

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПАЦИЕНТА)
НА ОБРАБОТКУ И ПЕРЕДАЧУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ,
СВЕДЕНИЙ СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)
 дата рождения: " _____ " _____ г.р., зарегистрированный(ая) по адресу: _____,
(адрес регистрации по месту жительства/ адрес проживания)
 паспорт: серия _____ номер _____ выдан _____
(наименование документа, удостоверяющего личность, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

*действуя в интересах несовершеннолетнего ребенка (подопечного) законным представителем которого я
являюсь, _____*
(Ф.И.О., гражданина до 15 лет – полностью, г/р)
свидетельство о рождении (паспорт) _____
(наименование документа, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» настоящим выражаю свое согласие на обработку автономным учреждением Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Пыть-Яхская городская стоматологическая поликлиника» (АУ «Пыть-Яхская городская стоматологическая поликлиника») расположенной по адресу: 628386 Ханты-Мансийский автономный округ-Югра, г.Пыть-Ях, мкр 2А «Лесников», улица Сибирская, 6 » (ОГРН 1028601542650, ИНН 8612009438, ОКПО 57407789, ОКОГУ 4210007, ОКТМО 71885000, ОКФС 13, ОКОПФ 20901, ОКВЭД 86.23, 26.60.1, ОКОНХ 91514 , ОКУД 0604018; зарегистрированному по адресу: 628386, Ханты-мансийский автономный округ - Югра, г.Пыть-Ях, мкр 2А Лесников, ул.Сибирская, д.6; лицензия № ЛО-86-01-003201 от 20.12.2018г. на осуществление медицинской деятельности (оказание первичной, в том числе доврачебной и специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии; сестринскому делу; стоматологии; стоматологии ортопедической; организации здравоохранения и общественному здоровью; ортодонтии; стоматологии детской; стоматологии ортопедической; рентгенологии; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; экспертизе качества медицинской помощи; экспертизе временной нетрудоспособности) (далее - оператор) моих персональных данных (персональных данных несовершеннолетнего ребенка/подопечного), включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату и место рождения, адрес проживания, контактные телефоны, паспортные данные (документа удостоверяющего личность), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья (моего несовершеннолетнего ребенка/подопечного), заболеваний, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания первичной медико-санитарной помощи, включающей, в том числе, лабораторные методы обследования. В процессе оказания оператором мне медицинской помощи я предоставляю оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными (персональными данными несовершеннолетнего ребенка/подопечного) в электронном виде и на бумажном носителе, включая: сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои (моего несовершеннолетнего ребенка/подопечного), персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, а также сводки и системы хранения данных, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в медицинской документации, а также договором на оказание медицинской помощи по программе ОМС (договорам ДМС), в том числе и в электронные сервисы и компоненты Центрального узла регионального сегмента единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры (ЕГИСЗ Югры), в целях реализации функций, возложенных на участников системы (пункт 7 Положения о Центральном узле регионального сегмента единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры, утв. Приказом Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры от 18 декабря 2017 г. № 1438). Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными (данными моего несовершеннолетнего ребенка) со страховыми медицинскими организациями, территориальным фондом ОМС, иными медицинскими организациями с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну. Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах),

которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о моем состоянии здоровья/состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

- Работодатель _____
- Супруг(а) _____
- Мать _____
- Отец _____
- Сын _____
- Дочь _____
- Иные лица _____

Срок хранения моих (моего несовершеннолетнего ребенка/подопечного) персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения. Настоящее согласие дано мной « ____ » _____ 20__ г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной мне до этого медицинской помощи.

Дата	Подпись Пациента	Подпись мед.работника

Приложение №5

Положения о порядке постановки в очередь
на получение услуги в виде бесплатного изготовления и
ремонта зубных протезов (меры социальной поддержки)
категориям граждан, имеющих право на меры социальной поддержки в
АУ «Пыть-Яхская городская стоматологическая поликлиника»

ФОРМА

ЗАЯВЛЕНИЕ СОГЛАСИЕ
на передачу и получение персональных данных у третьей стороны

Я, _____
паспорт: серия _____, номер _____, выданный _____
проживающий _____ в соответствии с
Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» согласен на
передачу и получение автономным учреждением Ханты-Мансийского автономного округа-
Югры «Пыть-Яхская городская стоматологическая поликлиника» (АУ «Пыть-Яхская городская
стоматологическая поликлиника», ОГРН 1028601542650, ИНН 8612009438, ОКПО 57407789,
ОКОГУ 4210007, ОКТМО 71885000, ОКФС 13, ОКОПФ 20901, ОКВЭД 86.23, 26.60.1, ОКОНХ
91514 , ОКУД 0604018; зарегистрированному по адресу: 628386, Ханты-мансийский
автономный окрыг - Югра, г.Пыть-Ях, мкр 2А Лесников, ул.Сибирская, д.6) моих персональных
данных, со следующими условиями:

1. Согласие дается:

1.1. на передачу следующих моих персональных данных: фамилия, имя, отчество, день, месяц, год моего рождения, адрес места жительства, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), СНИЛС;

1.2. получение следующих моих персональных данных: фамилия, имя, отчество, день, месяц, год моего рождения, адрес места жительства, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), СНИЛС лица, совместно со мной проживающего по заявленному адресу (при наличии).

2. Цель передачи и получения персональных данных: подтверждение наличия/отсутствия факта (проверка сведений) об одиноко проживании или проживании в семье, состоящей из неработающих граждан (женщин старше 55 лет и мужчины старше 60 лет), один из которых или оба не относятся к льготным категориям.

3. Основанием для передачи и получения персональных данных является: Постановление Правительства ХМАО-Югры от 30.12.2014 г. №498-4 «О предоставлении и финансировании меры социальной поддержки в виде бесплатного изготовления и ремонта зубных протезов за счет редств бюджета Ханты-Мансийского автономного округа – Югры».

4. Согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих персональных данных, включая: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

5. Обработка персональных данных осуществляется Оператором с применением следующих основных способов (но, не ограничивается ими): хранение, запись на электронные носители и их хранение, включение в списки (реестры) и отчетные формы.

6. Передача моих персональных данных иным лицам может осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

7. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

8. Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока.

9. Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления. В случае отзыва субъектом персональных данных или его представителем согласия на обработку персональных данных АУ «Пыть-Яхская городская стоматологическая поликлиника» вправе продолжить обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных при наличии оснований, указанных в п. 2 – 11 ч. 1 ст. 6, ч. 2 ст. 10 и ч. 2 ст. 11 Федерального закона №152-ФЗ «О персональных данных».

«__» _____ 20__ г. _____ / _____
подпись *ФИО*

Приложение №6
Положения о порядке постановки в очередь
на получение услуги в виде бесплатного изготовления и
ремонта зубных протезов (меры социальной поддержки)
категориям граждан, имеющих право на меры социальной поддержки в
АУ «Пыть-Яхская городская стоматологическая поликлиника»

ФОРМА

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБЪЕМ И УСЛОВИЯ ОКАЗЫВАЕМЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Я, _____

(фамилия, имя, отчество Потребителя)

паспорт: серия _____ № _____ выдан _____

(наименование документа, удостоверяющего личность, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

(карта пациента № _____) в соответствии с Законом ХМАО - Югры от 07.11.2006 №115-оз «О мерах социальной поддержки отдельных категорий граждан в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре», Постановлением Правительства ХМАО - Югры от 30.12.2004 №498-п «О предоставлении и финансировании мер социальной поддержки в виде бесплатного глазного протезирования и бесплатного изготовления и ремонта зубных протезов за счет средств бюджета автономного округа», Приказа Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа-Югры от 25.07.2012г. № 7-нп «Об утверждении Административного регламента предоставления государственной услуги «Предоставление мер социальной поддержки отдельным категориям граждан по организации изготовления и ремонта зубных протезов») желаю получить услугу по бесплатному изготовлению и ремонту зубных протезов в автономном учреждении Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Пыть-Яхская городская стоматологическая поликлиника» (АУ «Пыть-Яхская городская стоматологическая поликлиника»), при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. проинформирован, что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других медицинских организациях, но на платной основе, изготовления и ремонта зубных протезов за счет средств бюджета Ханты-Мансийского автономного округа – Югры предоставляется в государственных медицинских организациях я подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в АУ «Пыть-Яхская городская стоматологическая поликлиника»;
2. что я могу получить как один из видов медицинских услуг, так и несколько видов данных услуг;
3. что для получения лучших результатов лечения я должен исполнять все назначения, рекомендации и советы лечащего врача Учреждения. Несоблюдение указаний (рекомендаций) лечащего врача, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья;
4. согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями моего организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, нормативов и регламентов Исполнитель не несет ответственности за их возникновение;
5. подтверждаю, что мной добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с лечащим врачом выбраны виды медицинских услуг, которые указаны в наряде-заказе (плане лечении);
6. что проводимое лечение не гарантирует 100% результат и что при проведении медицинских вмешательств и после них, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения;
7. проинформирован, что медицинской услугой - в виде изготовления и ремонта зубных протезов за счет средств бюджета

Ханты-Мансийского автономного округа - Югры **вправе воспользоваться один раз в два календарных года;**

8. подтверждаю, что:

-ознакомлен: с Постановлением Правительства Ханты-Мансийского автономного округа-Югры об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре; Положением о гарантийных сроках на виды работ при оказании стоматологической помощи АУ «Пыть-Яхская городская стоматологическая поликлиника»; перечнем категорий потребителей, имеющих право на получение льгот, а также перечень льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг; действующим прейскурантом тарифов (цен) на платные медицинские услуги.

-доведена информация о следующем: адресе места нахождения Исполнителя; адрес сайта в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» Исполнителя; информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; сведения об условиях, порядке, форме предоставления

медицинских услуг и порядке их оплаты; сроки ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой; стандарте медицинской помощи и клинических рекомендациях; медицинских работников, об уровне их профессионального образования и квалификации; медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации); графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении медицинских услуг; адресах и телефонах учредителя, исполнительного органа субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и территориального фонда обязательного медицинского страхования; методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; лицензии на осуществление медицинской деятельности, ее номере, сроках действия, а также информация об органе, выдавшем указанную лицензию; порядке оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи; форме и способах направления обращений (жалоб); о состоянии здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения; об используемых при предоставлении медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности, гарантийных сроках, показаниях (противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

Вышеуказанная информация предоставлена в полном объёме и мне понятна.

Пациент: _____ / _____ / Лечащий врач _____ / _____ /
подпись ФИО подпись ФИО

Приложение №7
Положения о порядке постановки в очередь
на получение услуги в виде бесплатного изготовления и
ремонта зубных протезов (меры социальной поддержки)
категориям граждан, имеющих право на меры социальной поддержки в
АУ «Пыть-Яхская городская стоматологическая поликлиника»

ФОРМА

До заключения договора автономное учреждение Ханты-мансийского автономного округа-Югры «Пыть-Яхская городская стоматологическая поликлиника» (АУ «Пыть-Яхская городская стоматологическая поликлиника», «Исполнитель») уведомило Заказчика (Потребителя/Пациента) о том, граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения и правила поведения пациента в медицинских организациях. Несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя в том числе назначение режима лечения, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Заказчика (Потребителя/Пациента)

(ФИО, подпись Потребителя (Заказчика))

Договор об оказании ортопедических стоматологических услуг
изготовление и ремонт зубных протезов за счет средств бюджета Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры

г. Пыть-Ях «__» _____ 20__ г
 автономное учреждение Ханты-мансийского автономного округа-Югры «Пыть-Яхская городская стоматологическая поликлиника» (АУ «Пыть-Яхская городская стоматологическая поликлиника»), адрес места нахождения и оказания медицинских услуг: 628386 Ханты-Мансийский автономный округ-Югра, г.Пыть-Ях, мкр 2А «Лесников», улица Сибирская, 6, официальный сайт Учреждения: www.stomatputyah.ru, свидетельство о внесении сведений в Единый государственный реестр юридических лиц от 29.11.2002 серия 86 № 000806166, основной государственный регистрационный номер 1028601542650, лицензия № Л041-01193-86/00342780 от 20.12.2018г., именуемое в дальнейшем «ИСПОЛНИТЕЛЬ/УЧРЕЖДЕНИЕ» в лице _____, действующей на основании _____, с одной стороны и гражданин(ка): _____

действующий (ая) в интересах несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица /Законный представитель (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель): несовершеннолетнего или лица, признанного недееспособным: _____

именуемый (ая) в дальнейшем «Пациент» и/или «Законный представитель», с другой стороны, в дальнейшем совместно именуемые «Стороны», в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановлением Правительства ХМАО - Югры от 30.12.2004 № 498-п «О предоставлении и финансировании меры социальной поддержки в виде бесплатного изготовления и ремонта зубных протезов за счет средств бюджета Ханты-Мансийского автономного округа – Югры» заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель берет на себя обязательство оказать Пациенту ортопедические стоматологические услуги (далее – медицинская услуга), отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения стоматологических заболеваний, действующим стандартам и порядкам на территории РФ, а Пациент (Законный представитель) обязуется подтвердить документально право воспользоваться медицинской услугой в соответствии с Постановлением Правительства ХМАО - Югры от 30.12.2004 № 498-п «О предоставлении и финансировании меры социальной поддержки в виде бесплатного изготовления и ремонта зубных протезов за счет средств бюджета Ханты-Мансийского автономного округа – Югры».

1.2. Пациент (Законный представитель) проинформирован, что медицинской услугой - в виде изготовления и ремонта зубных протезов за счет средств бюджета Ханты-Мансийского автономного округа - Югры Пациент вправе воспользоваться один раз в два календарных года.

1.3. Бесплатное зубопротезирование предоставляется в виде изготовления и (или) ремонта съемных (полных и неполных пластиночных, бюгельных на кламмерной фиксации) и (или) несъемных зубных протезов. При проведении бесплатного зубопротезирования не могут быть использованы драгоценные металлы и дорогостоящие материалы, приравняемые по стоимости к драгоценным металлам, включая золото, серебро, платину и металлы платиновой группы (палладий, иридий, радий, рутений и осмий), а

также металлокерамика, безметалловая керамика и облицовочные композиционные материалы

1.4. Сроки оказания медицинских услуг регулируются, утвержденным Исполнителем, расписанием приема медицинских работников. Конкретное время определяется посредством записи Потребителя на прием с учетом его желания и имеющегося свободного интервала времени приема в сетке расписания врача/специалиста. Срок оказания услуг с «___» ____ 20__ г. по «___» ____ 20__ г.

1.5. Перечень стоматологических услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим Договором, объем работ, услуг и их стоимость содержатся в Плате лечения (наряде), являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора. Неотъемлемой частью договора являются следующие наряды: _____

1.6. Расчеты за оказанные услуги между сторонами не производятся.

2.. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ

2.1. Пациент (Законный представитель) обязуется: ознакомиться на информационных стендах и/или официальном сайте Исполнителя, а в дальнейшем соблюдать действующие правила поведения пациентов в медицинском учреждении; до назначения курса лечения сообщить лечащему врачу все сведения о наличии у Пациента других заболеваний, применяемых лекарственных препаратов и/или процедур, а также другую информацию, влияющую на течение или лечение заболевания; дать добровольное согласие или отказаться от медицинского вмешательства (в письменной форме); отказаться на весь курс лечения от употребления наркотических средств и лекарств их содержащих, психотропных препаратов, спиртных напитков; при прохождении курса лечения сообщать лечащему врачу о любых изменениях самочувствия; выполнять все требования медицинского персонала Исполнителя во время всего курса лечения, соблюдать согласованный план лечения, рекомендации лечащего врача, в том числе диспансерный режим лечения. В случае несоблюдения вышеуказанных требований, в том числе назначенного режима лечения, качество лечения может быть снижено, что может повлечь за собой невозможность его завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

2.2. Пациент (Законный представитель) имеет право: выбрать лечащего врача (с учетом его согласия); на профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям; на получение от Исполнителя сведений о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности; на получение сведений о специалистах, участвующих в предоставлении медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации; на получение информации о перечне услуг с указанием их стоимости об условиях предоставления и получения этих услуг; получать от Исполнителя для ознакомления в доступной для понимания и восприятия форме любые сведения о состоянии здоровья Пациента, течении заболевания, плане лечения, данные результатов дополнительных методов обследования, результаты анализов, а также любую информацию об Исполнителе в рамках действующего законодательства; на облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством; отказаться от медицинского вмешательства (в письменной форме до момента начала его оказания); требовать сохранения конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии здоровья (врачебной тайны) и не разглашения персональных данных Пациента Исполнителем; на возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи.

2.3. Исполнитель обязуется: оказывать медицинские услуги качественно в соответствии с разрешенными на территории Российской Федерации медицинскими технологиями, действующими порядками и стандартами оказания медицинской помощи и в срок, указанным в данном Договоре; за период прохождения курса лечения по возможности добиться значительного улучшения состояния здоровья Пациента; на основании результатов обследований информировать Пациента (Законного представителя) о состоянии здоровья Пациента, дать Пациенту (Законному представителю) разъяснения и рекомендации о необходимости и методах лечения, определить и согласовать с Пациентом (Законным представителем) план лечения.

2.4. Исполнитель имеет право: требовать от Пациента (Законного представителя) соблюдения правил поведения пациентов в автономном учреждении Ханты-Мансийского автономного округа- Югры «Пыть-Яхская городская стоматологическая поликлиника»; не оказывать медицинскую помощь, при отказе Пациента (Законного представителя) подписывать информированное добровольное согласие, согласие на обработку персональных данных, а также если пациент находится в алкогольном или наркотическом опьянении.

3. ИНЫЕ УСЛОВИЯ

3.1. Гарантийный срок определяется в соответствии с Положением о гарантийных сроках на виды работ при оказании стоматологической помощи АУ «Пыть-Яхская городская стоматологическая поликлиника», утвержденная Приказом главного врача АУ «Пыть-Яхская городская стоматологическая поликлиника» №143 от 24.10.2019 г. (далее – Положение о гарантийных сроках).

3.2. Гарантийные обязательства соблюдаются Исполнителем при выполнении Потребителем п.2.1.

настоящего Договора.

3.3. Стороны пришли к соглашению о возможности использования факсимильного воспроизведения подписей своих уполномоченных представителей при подписании договора, актов, дополнительных соглашений и приложений к Договору, а также иных оформляемых в рамках исполнения Договора документов, требующих наличия подписи уполномоченных представителей Сторон.

Факсимильное воспроизведение подписей своих уполномоченных представителей на указанных документах, Стороны признают аналогом собственноручных подписей таких лиц. По требованию любой Стороны документ, подписанный с использованием факсимильного воспроизведения подписи, подлежит замене на документ, подписанный собственноручной подписью, в течение 10 рабочих дней с момента предъявления соответствующего письменного требования Стороны.

3.4. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и завершается после выполнения сторонами своих обязательств.

3.5. Настоящий договор подписан Пациентом на приеме у лечащего врача после проведения разъяснительной беседы.

4. ПОДПИСИ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ	ПАЦИЕНТ
автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Пыть-Яхская городская стоматологическая поликлиника», 628386, Российская Федерация, Ханты-Мансийский Автономный Округ – Югра, г.Пыть-Ях, микрорайон 2а «Лесников», ул.Сибирская, дом 6 Тел.ф: 8(3463) 42-33-60 –приемная, 8(3463) 42-33-63 – юрисконсульт, 8 (3463) 42-31-44- бухгалтерия, экономист, 8(3463) 42-31-07 - регистратура Банковские реквизиты:Казначейский счет 03224643718000008700 Единый казначейский счет 40102810245370000007 РКЦ Ханты-Мансийск// УФК по Ханты-Мансийскому автономному округу – Югре ИНН 8612009438 КПП 861201001 ОКПО 57407789 ОКОГУ4210007 ОКАТО 71185000000 ОКФС 13 ОКОПФ 20901 ОКВЭД 85.13.33.10.1 ОКОНХ91514 ОГРН1028601542650 ОКУД0604018	Ф.И.О. _____ Адрес _____ телефон _____ паспорт: _____ серия _____ номер _____ дата выдачи _____ кем выдан _____ _____ <i>Сведения о законном представителе потребителя (при наличии):</i> _____ _____ _____ _____ _____

Приложение №8
 Положения о порядке постановки в очередь
 на получение услуги в виде бесплатного изготовления и
 ремонта зубных протезов (меры социальной поддержки)
 категориям граждан, имеющих право на меры социальной поддержки в
 АУ «Пыть-Яхская городская стоматологическая поликлиника»

ФОРМА

АКТ

об оказании ортопедических стоматологических услуг
 изготовления и (или) ремонта зубных протезов за счет средств бюджета Ханты-Мансийского
 автономного округа – Югры

г.Пыть-Ях

«___» _____ 20__ г.

автономное учреждение Ханты-мансийского автономного округа-Югры «Пыть-Яхская городская стоматологическая поликлиника» (АУ «Пыть-Яхская городская стоматологическая поликлиника»), именуемое в дальнейшем «ИСПОЛНИТЕЛЬ/УЧРЕЖДЕНИЕ» в лице _____, действующей на основании Устава, с одной стороны и гражданин(ка): _____

именуемый (ая) в дальнейшем «ПАЦИЕНТ» с другой стороны, в дальнейшем совместно именуемые «Стороны» в соответствии с договором об оказании ортопедических стоматологических услуг изготовления и ремонта зубных протезов за счет средств бюджета Ханты-Мансийского автономного округа – Югры № _____ от _____ составили настоящий Акт о нижеследующем:

1. Стороны подтверждают, что ортопедические стоматологические услуги были выполнены согласно наряд-заказа (Плана лечения) № _____ от _____ в полном объеме, надлежащего качества.
2. Пациент не имеет замечаний и претензий к объему, сроку и качеству произведенных работ и оказанных услуг.
3. Стоматологические конструкции переданы/установлены Пациенту.

Работу сдал
ИСПОЛНИТЕЛЬ

Работу принял
ПАЦИЕНТ

_____/_____/_____

_____/_____/_____

Приложение №9

Положения о порядке постановки в очередь
на получение услуги в виде бесплатного изготовления и
ремонта зубных протезов (меры социальной поддержки)
категориям граждан, имеющих право на меры социальной поддержки в
АУ «Пыть-Яхская городская стоматологическая поликлиника»

ФОРМА



автономное учреждение
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
«Пыть-Яхская городская
стоматологическая поликлиника»
628386, ХМАО-Югра, г. Пыть-Ях, мкр 2А «Лесников»,
улица Сибирская, 6.
т./ф. приемная: 8 (3463) 42-33-60
e-mail: inelia07@rambler.ru
Казначейский счет 03224643718000008700
Единый казначейский счет
40102810245370000007
БИК 007162163
РКЦ Ханты-Мансийск// УФК по Ханты-
Мансийскому автономному округу - Югре
л/с 620.44.394.0 ОМС: л/с 620.43.394.0
ИНН 8612009438 ОКПО 57407789
ОГРН 1028601542650
« » _____ 202__ г. № 07-82-Исх-

СПРАВКА

Дана _____, _____ г./р.,
зарегистрированному(ой): _____,
в том что он (она) в очереди на получение услуги в виде бесплатного
изготовления и ремонта зубных протезов (государственной услуги) категориям
граждан, имеющих право на меры социальной поддержки - не состоит.

За последние 2 (два) календарных года, за получением данной
государственной услуги в АУ «Пыть-Яхская городская стоматологическая
поликлиника» не обращался (ась).