



ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ
(Депздрав Югры)

П Р И К А З

Об утверждении форм заявлений о принадлежности к категориям получателей меры социальной поддержки в виде бесплатного изготовления и ремонта зубных протезов, предусмотренных пунктом 2 статьи 3 Закона Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 07.11.2006 № 115-оз «О мерах социальной поддержки отдельных категорий граждан в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре»

от 13 марта 2019 года
Ханты-Мансийск

№ 265

В соответствии с постановлением Правительства Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 1 марта 2019 года № 72-п «О внесении изменений в приложение 2 к постановлению Правительства Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 30 декабря 2004 года № 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»
п р и к а з ы в а ю:

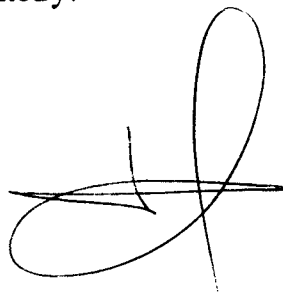
1. Утвердить прилагаемые формы заявлений о принадлежности к категориям получателей меры социальной поддержки в виде бесплатного изготовления и ремонта зубных протезов, предусмотренных пунктом 2 статьи 3 Закона Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 07.11.2006 № 115-оз «О мерах социальной поддержки отдельных категорий граждан в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре».

2. Медицинским организациям государственной системы здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, находящимся в ведении Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры (далее – Департамент), осуществляющим предоставление меры социальной поддержки в виде бесплатного изготовления и ремонта зубных протезов (далее – бесплатное зубопротезирование) за счет средств бюджета Ханты-Мансийского

автономного округа – Югры обеспечить использование форм заявлений, утвержденных настоящим приказом, при осуществлении бесплатного зубопротезирования.

3. Контроль выполнения настоящего приказа возложить на заместителя директора Департамента И.Ю. Бычкову.

Директор Департамента

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a horizontal line, positioned between the text 'Директор Департамента' and 'А.А. Добровольский'.

А.А. Добровольский

Приложение
к приказу Департамента здравоохранения
Ханты-Мансийского автономного
округа – Югры
от « 13 » марта 2019 г. № 265

ФОРМА 1

Главному врачу

(наименование медицинской организации)

(фамилия, инициалы главного врача)

от _____

(ф.и.о. полностью)

Дата рождения ____ . ____ . _____ г.,
зарегистрированного (ой) по адресу:
_____,
(наименование населенного пункта)
ул. _____
ДОМ _____ КВ. _____
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 ____ год

(подпись)

Главному врачу

(наименование медицинской организации)

(фамилия, инициалы главного врача)

от _____

(ф.и.о. полностью)

Дата рождения ____ . ____ . ____ Г.,
зарегистрированного (ой) по адресу:

(наименование населенного пункта)

ул. _____

дом _____ кв. _____

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			
3			
4			

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__ год

(подпись)