Документ предоставлен [КонсультантПлюс](http://www.consultant.ru)

СТАВРОПОЛЬСКАЯ ГОРОДСКАЯ ДУМА

РЕШЕНИЕ

от 22 декабря 2016 г. N 47

О ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕРАХ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ СЕМЕЙ,

ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 18 ЛЕТ, БОЛЬНЫХ ЦЕЛИАКИЕЙ

И (ИЛИ) САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, НЕ ИМЕЮЩИХ ИНВАЛИДНОСТИ

В соответствии с Федеральным законом "Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации", Уставом муниципального образования города Ставрополя Ставропольского края Ставропольская городская Дума решила:

1. Установить дополнительные меры социальной поддержки семьям, воспитывающим детей в возрасте до 18 лет, больных сахарным диабетом, не имеющих инвалидности, в виде ежемесячного пособия в размере 500 рублей на каждого ребенка, имеющего данное заболевание.

2. Установить дополнительные меры социальной поддержки семьям, воспитывающим детей в возрасте до 18 лет, больных целиакией, не имеющих инвалидности, в виде ежемесячного пособия в размере 1000 рублей на каждого ребенка, имеющего данное заболевание.

3. Утвердить [Порядок](#P39) предоставления дополнительных мер социальной поддержки семьям, воспитывающим детей в возрасте до 18 лет, больных целиакией и (или) сахарным диабетом, не имеющих инвалидности, согласно приложению.

4. Признать утратившими силу:

1) решение Ставропольской городской Думы от 27 октября 2010 года N 110 "О дополнительных мерах социальной поддержки семей, воспитывающих детей в возрасте до 18 лет, больных целиакией или сахарным диабетом";

2) решение Ставропольской городской Думы от 13 апреля 2011 года N 42 "О внесении изменений в решение Ставропольской городской Думы "О дополнительных мерах социальной поддержки малообеспеченных семей, воспитывающих детей в возрасте до 18 лет, больных целиакией или сахарным диабетом";

3) решение Ставропольской городской Думы от 29 июня 2011 г. N 85 "О внесении изменения в решение Ставропольской городской Думы "О дополнительных мерах социальной поддержки семей, воспитывающих детей в возрасте до 18 лет, больных целиакией или сахарным диабетом";

4) решение Ставропольской городской Думы от 27 марта 2013 г. N 342 "О внесении изменений в решение Ставропольской городской Думы "О дополнительных мерах социальной поддержки семей, воспитывающих детей в возрасте до 18 лет, больных целиакией или сахарным диабетом";

5) решение Ставропольской городской Думы от 26 августа 2015 г. N 727 "О внесении изменений в решение Ставропольской городской Думы "О дополнительных мерах социальной поддержки семей, воспитывающих детей в возрасте до 18 лет, больных целиакией или сахарным диабетом".

5. Настоящее решение вступает в силу на следующий день после дня его официального опубликования в газете "Вечерний Ставрополь", но не ранее 1 января 2017 года.

Председатель

Ставропольской городской Думы

Г.С.КОЛЯГИН

Глава города Ставрополя

А.Х.ДЖАТДОЕВ

Приложение

к решению

Ставропольской городской Думы

от 22 декабря 2016 г. N 47

ПОРЯДОК

ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕР СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ

СЕМЬЯМ, ВОСПИТЫВАЮЩИМ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 18 ЛЕТ, БОЛЬНЫХ

ЦЕЛИАКИЕЙ И (ИЛИ) САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, НЕ ИМЕЮЩИХ ИНВАЛИДНОСТИ

1. Настоящий Порядок предоставления дополнительных мер социальной поддержки семьям, воспитывающим детей в возрасте до 18 лет, больных целиакией и (или) сахарным диабетом, не имеющих инвалидности (далее - Порядок), устанавливает правила назначения и выплаты ежемесячного пособия семьям, воспитывающим детей в возрасте до 18 лет, больных целиакией и (или) сахарным диабетом, не имеющих инвалидности (далее - ежемесячное пособие).

2. Ежемесячное пособие предоставляется семьям, воспитывающим детей в возрасте до 18 лет, без учета среднедушевого дохода семьи на каждого рожденного, усыновленного, принятого под опеку (попечительство) ребенка, больного целиакией и (или) сахарным диабетом, не имеющего инвалидности.

3. Размер ежемесячного пособия составляет:

для семей, воспитывающих детей в возрасте до 18 лет, больных сахарным диабетом, не имеющих инвалидности, - 500 рублей;

для семей, воспитывающих детей в возрасте до 18 лет, больных целиакией, не имеющих инвалидности, - 1000 рублей.

Ежемесячное пособие назначается и выплачивается по заявлению одного из родителей (усыновителей, опекунов, попечителей) (далее - заявитель), при наличии у заявителя, воспитывающего ребенка в возрасте до 18 лет, больного целиакией и (или) сахарным диабетом, не имеющего инвалидности (далее - ребенок), регистрации по месту жительства на территории города Ставрополя, а при отсутствии у заявителя регистрации по месту жительства - регистрации по месту пребывания на территории города Ставрополя.

При наличии у семьи права на одновременное получение ежемесячного пособия по двум основаниям на ребенка, больного целиакией и сахарным диабетом, не имеющего инвалидности, ежемесячное пособие выплачивается в размере, указанном в [абзаце третьем](#P48) настоящего пункта.

4. Для назначения ежемесячного пособия представляются следующие документы:

[заявление](#P99) о назначении ежемесячного пособия семьям, воспитывающим детей в возрасте до 18 лет, больных целиакией и (или) сахарным диабетом, не имеющих инвалидности (далее - заявление), по форме, приведенной в приложении к настоящему Порядку;

паспорт или иной документ, удостоверяющий личность заявителя;

свидетельство о рождении ребенка;

документ из медицинской организации, подтверждающий наличие у ребенка соответствующего диагноза;

один из документов, подтверждающих родственные отношения между ребенком и заявителем (в случае изменения фамилии, имени, отчества заявителя и (или) ребенка).

Для назначения ежемесячного пособия на ребенка, находящегося под опекой (попечительством), дополнительно представляется документ, подтверждающий установление над ребенком опеки (попечительства).

В случае представления указанных в настоящем пункте документов представителем заявителя, им также представляются документы, удостоверяющие его личность и подтверждающие его полномочия.

Заявителю или его представителю выдается расписка о получении заявления и прилагаемых к нему документов с указанием их перечня и даты получения, которая является отрывной частью заявления.

5. Финансирование расходов на выплату ежемесячного пособия осуществляется за счет средств бюджета города Ставрополя.

6. Решение о назначении (отказе в назначении) ежемесячного пособия принимается отраслевым (функциональным) органом администрации города Ставрополя в области социальной защиты отдельных категорий граждан на территории города Ставрополя (далее - уполномоченный орган) в течение пятнадцати рабочих дней со дня регистрации заявления и документов, предусмотренных [пунктом 4](#P51) настоящего Порядка.

Уполномоченный орган уведомляет заявителя о принятом решении в течение трех рабочих дней со дня его принятия способом, указанным в заявлении.

7. В назначении ежемесячного пособия отказывается в случае:

отсутствия у заявителя регистрации по месту жительства на территории города Ставрополя или регистрации по месту пребывания на территории города Ставрополя;

наличия у ребенка инвалидности;

представления документов, предусмотренных [пунктом 4](#P51) настоящего Порядка, не в полном объеме.

8. Выплата ежемесячного пособия осуществляется уполномоченным органом с первого числа месяца, в котором подано заявление и документы, указанные в [пункте 4](#P51) настоящего Порядка, в случае принятия решения о назначении ежемесячного пособия.

9. Обстоятельства, влекущие прекращение выплаты ежемесячного пособия:

снятие заявителя с регистрационного учета по месту жительства на территории города Ставрополя или окончание срока регистрации по месту пребывания на территории города Ставрополя;

лишение заявителя родительских прав в отношении ребенка;

отстранение либо освобождение опекуна (попечителя) от исполнения им своих обязанностей в отношении ребенка;

передача ребенка, на которого назначено ежемесячное пособие, на полное государственное обеспечение (за исключением случая помещения в стационарное учреждение социального обслуживания населения при наличии социально-медицинских показаний);

достижение ребенком возраста 18 лет;

снятие диагноза о заболевании ребенка сахарным диабетом или целиакией;

установление ребенку инвалидности;

смерть ребенка.

Заявитель обязан письменно извещать уполномоченный орган о возникновении обстоятельств, влекущих прекращение выплаты ежемесячного пособия, за исключением обстоятельств, указанных в [абзаце шестом](#P73) настоящего пункта, в срок, не превышающий пяти рабочих дней со дня возникновения указанных обстоятельств.

При возникновении обстоятельств, влекущих прекращение выплаты ежемесячного пособия, его выплата прекращается с первого числа месяца, следующего за месяцем, в котором наступили такие обстоятельства.

10. Представление недостоверных сведений и документов, предусмотренных [пунктом 4](#P51) настоящего Порядка, влечет ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

11. Сумма ежемесячного пособия, выплаченная заявителю вследствие его злоупотребления (представление документов с заведомо недостоверными сведениями, сокрытие данных, влияющих на право получения ежемесячного пособия), возмещается уполномоченному органу в порядке, определенном законодательством Российской Федерации.

Приложение

к Порядку предоставления дополнительных мер

социальной поддержки семьям, воспитывающим

детей в возрасте до 18 лет, больных целиакией

и (или) сахарным диабетом,

не имеющих инвалидности

 Форма

 В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование уполномоченного органа)

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

 ЗАЯВЛЕНИЕ N \_\_ от \_\_\_\_

 о назначении ежемесячного пособия семьям,

 воспитывающим детей в возрасте до 18 лет,

 больных целиакией и (или) сахарным

 диабетом, не имеющих инвалидности

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживающий(ая)

 (фамилия, имя, отчество заявителя полностью)

в городе Ставрополе по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (адрес регистрации по месту жительства

 (пребывания) заявителя с указанием индекса)

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

 (адрес фактического проживания заявителя с указанием индекса)

телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (по желанию заявителя),

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| паспорт или иной документ, удостоверяющий личность заявителя (нужное подчеркнуть) | дата рождения |  |
| серия, номер |  |
| дата выдачи |  |
| кем выдан |  |

 Прошу назначить и выплатить ежемесячное пособие на ребенка (детей) в

возрасте до 18 лет, больного(ых) целиакией и (или) сахарным диабетом, не

имеющего (их) инвалидности (далее соответственно - ребенок, ежемесячное

пособие) (нужное подчеркнуть):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N п/п | Фамилия, имя, отчество ребенка | Дата рождения ребенка |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |

Для назначения ежемесячного пособия представляю следующие документы:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование документа | Количество экземпляров |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |

 Достоверность представленных сведений подтверждаю.

 Прошу перечислять причитающееся мне ежемесячное пособие \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (номер счета и название кредитной организации)

 Прошу уведомить меня о принятом решении посредством телефонной,

почтовой, электронной связи (нужное подчеркнуть).

 "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись заявителя или его представителя)

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

 РАСПИСКА

 о получении заявления о назначении

 ежемесячного пособия семьям,

 воспитывающим детей в возрасте до 18 лет,

 больных целиакией и (или) сахарным диабетом,

 не имеющих инвалидности, и прилагаемых

 к нему документов

 Заявление и прилагаемые к нему документы от гражданина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (фамилия, имя, отчество полностью)

|  |  |
| --- | --- |
| N п/п | Перечень принятых документов |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |

 приняты "\_\_" \_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

 специалистом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 (фамилия, имя, отчество полностью) (подпись)

 регистрационный номер заявления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 телефон для справок \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Управляющий делами

Ставропольской городской Думы

Е.Н.АЛАДИН