

Приложение 1
к приказу Департамента
здравоохранения города Москвы
от 22.05.2017 № 362

**Перечень отдельных категорий женщин и детей, являющихся жителями города
Москвы, которым бесплатно предоставляются меры социальной поддержки**

Наименование категории	Меры социальной поддержки, которая предоставляется
Дети из многодетных семей в возрасте от 3 до 18 лет	Бесплатное обеспечение лекарственными препаратами по рецептам врачей
Матери, родившие и воспитавшие пять и более детей	Бесплатное изготовление и ремонт зубных протезов (кроме протезов из драгоценных металлов, фарфора, металлокерамики)
Матери, родившие и воспитавшие 10 и более детей	Бесплатное обеспечение лекарственными препаратами по рецептам врачей, бесплатное изготовление и ремонт зубных протезов (кроме протезов из драгоценных металлов, фарфора, металлокерамики)

**Положение об организации обеспечения
мерами социальной поддержки отдельных категорий женщин и детей,
являющихся жителями города Москвы**

1. Положение об обеспечении мерами социальной поддержки отдельных категорий женщин и детей, являющихся жителями города Москвы, устанавливает правила получения мер социальной поддержки отдельными категориями граждан, перечень которых утвержден приложением 1 к настоящему приказу.

2. Для получения мер социальной поддержки заявителем (или законным представителем) подается письменное заявление на имя руководителя медицинской организации государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающей первичную медико-санитарную помощь (приложение 2 к Приказу):

3. При подаче заявления для получения мер социальной поддержки предоставляются оригиналы следующих документов:

а) для детей из многодетных семей в возрасте от 3 до 18 лет - удостоверение многодетной семьи, свидетельство о регистрации по месту жительства (форма 8 приказа Федеральной миграционной службы от 11 сентября 2012 г. № 288 «Об утверждении административного регламента предоставления Федеральной миграционной службой государственной услуги по регистрационному учету граждан Российской Федерации по месту пребывания и по месту жительства в пределах Российской Федерации») или документы, подтверждающие установление опеки (распоряжение муниципалитета, постановление администрации территориального муниципального округа города Москвы и иные документы, подтверждающие место жительства в городе Москве), свидетельство о рождении ребенка, полис обязательного медицинского страхования ребенка, документ, удостоверяющий личность законного представителя ребенка;

б) для матерей, родивших и воспитавших пять и более детей - паспорт гражданина Российской Федерации, свидетельство о регистрации по месту жительства (форма 8 приказа Федеральной миграционной службы от 11 сентября 2012 г. № 288 «Об утверждении административного регламента предоставления Федеральной миграционной службой государственной услуги по регистрационному учету граждан Российской Федерации по месту пребывания и по месту жительства в пределах Российской Федерации»), свидетельства о рождении детей, полис обязательного медицинского страхования;

в) для матерей, имеющих 10 и более детей - паспорт гражданина Российской Федерации, свидетельство о регистрации по месту жительства (форма 8 приказа Федеральной миграционной службы от 11 сентября 2012 г. № 288 «Об утверждении административного регламента предоставления Федеральной миграционной службой государственной услуги по регистрационному учету граждан Российской Федерации по месту пребывания и по месту жительства в пределах Российской Федерации»), свидетельства о рождении детей, полис обязательного медицинского страхования.

4. Оформленные в установленном порядке заявление и прилагаемые к нему

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ
ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ МЕР СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ ОТДЕЛЬНЫХ
КАТЕГОРИЙ ЖЕНЩИН И ДЕТЕЙ, ЯВЛЯЮЩИМСЯ ЖИТЕЛЯМИ ГОРОДА
МОСКВЫ

_____ (должность, Ф.И.О.

_____ (руководителя медицинской организации)

Заявление

Я, _____,
(Ф.И.О. гражданина/законного представителя, год рождения)
прошу _____ обеспечить _____ меня _____ (моего _____ ребенка)

_____ (Ф.И.О. гражданина/ребенка, год рождения,

_____ адрес места жительства)

мерами социальной поддержки (лекарственными препаратами / изготовления и ремонт зубных протезов (нужное подчеркнуть)).

Для подтверждения льготного статуса прилагаю копии следующих документов* (необходимое отметить):

- паспорт гражданина Российской Федерации;
- свидетельство о регистрации по месту жительства (форма 8 приказа Федеральной миграционной службы от 11 сентября 2012 г. № 288 «Об утверждении административного регламента предоставления Федеральной миграционной службой государственной услуги по регистрационному учету граждан Российской Федерации по месту пребывания и по месту жительства в пределах Российской Федерации»);
- документы, подтверждающие установление опеки (распоряжение муниципалитета, постановление администрации территориального муниципального округа города Москвы и иные документы, подтверждающие место жительства в городе Москве);
- документ, удостоверяющий личность законного представителя ребенка;
- полис обязательного медицинского страхования гражданина/ребенка;
- удостоверение многодетной семьи;
- свидетельство(а) о рождении ребенка (детей).

" ____ " _____ 20__ г.
(дата)

_____/_____/_____
(подпись) (расшифровка)

*Копии документов предъявляются вместе с подлинными документами.

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ "О персональных данных" я, _____

(Ф.И.О. гражданина,

_____, даю согласие
или законного представителя)

_____ на автоматизированную, а также
(наименование медицинской организации)

без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно совершение действий, предусмотренных пунктом 3 части 1 статьи 3 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ "О персональных данных" в редакции от 21.07.2014, со сведениями о фактах, событиях и обстоятельствах моей жизни, представленных в _____

(наименование медицинской организации)

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

" ____ " _____ 20__ г.

(дата)

_____/_____/_____
(подпись)

_____/_____/_____
(расшифровка)

Решение медицинской организации: _____

Руководитель
медицинской организации

_____/_____/_____
(подпись)

_____/_____/_____
(ФИО руководителя МО)

" ____ " _____ 20__ г.

(дата)

М.П.

Заявитель ознакомлен

" ____ " _____ 20__ г.

(дата)

_____/_____/_____
(подпись)

_____/_____/_____
(расшифровка)