

**2.8. Назначение пособия женщинам, ставшим на учет в
организациях здравоохранения до 12-недельного срока беременности**

Прием заинтересованных лиц, консультирование (с 8.00 до 17.00 перерыв с 13.00 до 14.00, выходные - суббота, воскресенье) и **осуществление указанной административной процедуры** выполняют специалисты отдела бухгалтерского учета, отчетности и контроля (по закрепленным участкам): Рябикова Жанна Геннадьевна, ведущий бухгалтер, Рябикова Анна Сергеевна, бухгалтер 1 категории, Кашкар Любовь Викторовна, бухгалтер 1 категории, Прищепова Жанна Федоровна, бухгалтер 1 категории, **по адресу: г.Речица, ул. Ленина, 52А, каб. 2-12 тел. 3 83 61; 3 83 46; 3 82 10.**

Пособие назначается комиссией по назначению пособий малообеспеченным семьям, пособий по временной нетрудоспособности и по беременности и родам.

Перечень документов и (или) сведений, представляемых заинтересованными лицами для осуществления административной процедуры специалистам:

заявление

паспорт или иной документ, удостоверяющий личность

заключение врачебно-консультационной комиссии

выписки (копии) из трудовых книжек заявителя и супруга заявителя или иные документы, подтверждающие их занятость, – в случае необходимости определения места назначения пособия

копия решения суда о расторжении брака либо свидетельство о расторжении брака или иной документ, подтверждающий категорию неполной семьи, – для неполных семей

свидетельство о заключении брака – в случае, если заявитель состоит в браке

Перечень документов и (или) сведений, самостоятельно запрашиваемых КУП «Речицкий райжилкомхоз» при осуществлении административной процедуры, в соответствии с постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 18 сентября 2020 № 541 (при желании эти документы гражданин может представить самостоятельно):

справка о месте жительства и составе семьи или копия лицевого счета

сведения о средней численности работников коммерческой микро организации

Максимальный срок осуществления административной процедуры	10 дней со дня подачи заявления, а в случае запроса документов и (или) сведений от других государственных органов, иных организаций - 1 месяц
Размер платы, взимаемой при осуществлении административной процедуры	бесплатно
Срок действия справки, другого документа (решения), выдаваемых (принимаемого) при осуществлении административной процедуры	единовременно

Наименование, место нахождения и режим работы вышестоящего государственного органа и организации:

Вышестоящий государственный орган:

Речицкий районный исполнительный комитет

место нахождения: г.Речица, пл. Октября, 6

**режим работы: понедельник-пятница
с 8.30 до 17.30 часов перерыв с 13.00 до 14.00**

Вышестоящая государственная организация:

Государственное объединение «Жилищно-коммунальное хозяйство Гомельской области»

место нахождения: г. Гомель, ул. Крестьянская, 31

режим работы: понедельник-пятница с 8.30 до 17.30 часов перерыв с 13.00 до 14.00

Форма заявления, необходимого для обращения за осуществлением настоящей административной процедуры, приведена ниже.

Форма

В комиссию по назначению государственных пособий
семьям, воспитывающим детей, и пособий по временной
нетрудоспособности

(наименование государственного органа, организации)

от _____
(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое

имеется) заявителя)

проживающей(его) _____

(данные документа, удостоверяющего личность:

вид документа, серия (при наличии), номер,

дата выдачи, наименование государственного органа,

его выдавшего, идентификационный номер (при наличии)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о назначении государственных пособий семьям, воспитывающим детей

Прошу назначить

(указываются виды

государственных пособий)

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) и дата рождения ребенка)

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) и дата рождения ребенка)

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) и дата рождения ребенка)

Сообщаю, что уход за ребенком в возрасте до 3 лет осуществляет:

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) лица,

осуществляющего уход за ребенком, идентификационный номер, указанный в документе,

удостоверяющем личность этого лица (при наличии), родственные отношения с ребенком)

Одновременно представляю следующие сведения о дополнительной занятости в период осуществления ухода за
ребенком в возрасте до 3 лет: _____
(указывается дополнительный

вид деятельности лица, осуществляющего уход за ребенком в возрасте до 3 лет)

Дополнительно сообщаю сведения о родителях ребенка в возрасте до 3 лет (матери (мачехе) в полной семье,
родителе в неполной семье), усыновителе (удочерителе) ребенка в возрасте до 3 лет либо о родителях ребенка-инвалида
в возрасте до 18 лет (матери (мачехе), отце (отчиму) в полной семье, родителе в неполной семье), усыновителе
(удочерителе), опекуне (попечителе) ребенка-инвалида в возрасте до 18 лет (приобретении за назначением пособия по
уходу за ребенком в возрасте до 3 лет или пособия по уходу за ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет в соответствии с
пунктом 2 статьи 12, пунктом 3 статьи 18 Закона:

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) указанных лиц,

идентификационный номер, указанный в документе, удостоверяющем их личность

(при наличии), родственные отношения с ребенком)

К заявлению прилагаю документы на_____ л.

Подтверждаю, что ребенок (дети) воспитывается (воспитываются) в моей семье, проживает (проживают) в

Республике Беларусь, не обучается (не обучаются) в дневной форме получения образования за пределами Республики Беларусь, не находится (не находятся) в учреждении образования с круглосуточным режимом пребывания, учреждении социального обслуживания, осуществляющем стационарное социальное обслуживание, детском интернатном учреждении, доме ребенка, приемной семье, детском доме семейного типа, учреждении образования с получением государственного обеспечения, доме ребенка исправительной колонии, учреждении уголовноисполнительной системы.

Обязуюсь в пятидневный срок сообщить сведения о своей дополнительной занятости, изменениях в составе семьи и занятости ее членов, зачислении ребенка (детей) в учреждение образования с круглосуточным режимом пребывания, учреждение социального обслуживания, осуществляющее стационарное социальное обслуживание, об отобрании ребенка (детей) из семьи, лишении родительских прав, выезде ребенка за пределы Республики Беларусь сроком более чем на два месяца, проживании ребенка (детей) более 183 дней в году' и (или) обучении в дневной форме получения образования за пределами Республики Беларусь, предоставлении матери ребенка отпуска по беременности и родам (в случае если другое лицо находится в отпуске по уходу за ребенком до достижения им возраста 3 лет (отпуске по уходу за детьми, предоставляемом по месту службы) или им приостановлена соответствующая деятельность в связи с уходом за ребенком в возрасте до 3 лет) и других обстоятельствах, влекущих прекращение выплаты государственного пособия или изменение его размера.

Об ответственности за непредставление, несвоевременное представление сведений, влияющих на право на государственное пособие или изменение его размера, либо представление ложной информации, недостоверных (поддельных) документов предупрежден(а).

^^>.

(подпись)

Документы приняты № _____

ВО г.

(фамилии, инициалы специалиста)