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

**ПРАВИТЕЛЬСТВО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ**

**от 25 декабря 2014 г. N 1191-ПП**

**О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПОРЯДОК ВОЗМЕЩЕНИЯ СТОИМОСТИ ЗАТРАТ**

**НА ПРОХОЖДЕНИЕ ПЕРВИЧНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ**

**НА НАЛИЧИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, ТУБЕРКУЛЕЗА, СИФИЛИСА, ШАНКРОЙДА,**

**ХЛАМИДИЙНОЙ ЛИМФОГРАНУЛЕМЫ, ЛЕПРЫ, НАРКОЛОГИЧЕСКОГО**

**ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ УЧАСТНИКАМ ПРОГРАММЫ ПО ОКАЗАНИЮ**

**СОДЕЙСТВИЯ ДОБРОВОЛЬНОМУ ПЕРЕСЕЛЕНИЮ В СВЕРДЛОВСКУЮ ОБЛАСТЬ**

**СООТЕЧЕСТВЕННИКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ ЗА РУБЕЖОМ,**

**НА 2013 - 2020 ГОДЫ И ЧЛЕНАМ ИХ СЕМЕЙ, УТВЕРЖДЕННЫЙ**

**ПОСТАНОВЛЕНИЕМ ПРАВИТЕЛЬСТВА СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

**ОТ 27.12.2013 N 1650-ПП**

В соответствии со статьей 101 Областного закона от 10 марта 1999 года N 4-ОЗ "О правовых актах в Свердловской области", в целях обеспечения реализации прав соотечественников и членов их семей на возмещение стоимости затрат на прохождение медицинского освидетельствования вне зависимости от времени переселения в Свердловскую область Правительство Свердловской области постановляет:

1. Внести в Порядок возмещения стоимости затрат на прохождение первичного медицинского освидетельствования на наличие ВИЧ-инфекции, туберкулеза, сифилиса, шанкройда, хламидийной лимфогранулемы, лепры, наркологического освидетельствования участникам Программы по оказанию содействия добровольному переселению в Свердловскую область соотечественников, проживающих за рубежом, на 2013 - 2020 годы и членам их семей, утвержденный Постановлением Правительства Свердловской области от 27.12.2013 N 1650-ПП "Об утверждении Порядка возмещения стоимости затрат на прохождение первичного медицинского освидетельствования на наличие ВИЧ-инфекции, туберкулеза, сифилиса, шанкройда, хламидийной лимфогранулемы, лепры, наркологического освидетельствования участникам Программы по оказанию содействия добровольному переселению в Свердловскую область соотечественников, проживающих за рубежом, на 2013 - 2020 годы и членам их семей" ("Областная газета", 2013, 31 декабря, N 659-665), следующие изменения:

1) подпункт 1 пункта 6 после слов "участником Программы и" дополнить словом "(или)";

2) пункт 6 дополнить подпунктами 7, 8 следующего содержания:

"7) согласие на обработку персональных данных;

8) заявление о согласии на передачу персональных данных.";

3) пункт 6 дополнить частью второй следующего содержания:

"При прохождении первичного медицинского освидетельствования участником Программы и членами его семьи в разное время участник Программы для получения возмещения стоимости затрат на прохождение медицинского освидетельствования членами его семьи представляет в медицинскую организацию, осуществляющую проведение медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства, документы, указанные в подпунктах 1, 2 части первой настоящего пункта, и документы в отношении членов семьи, указанные в подпунктах 3 - 6 части первой настоящего пункта.";

4) пункт 8 после слов "участнику Программы и" дополнить словом "(или)";

5) часть первую пункта 9 после слов "медицинского освидетельствования" дополнить словами "им и (или) членами его семьи";

6) приложение изложить в новой редакции [(прилагается)](#Par57).

2. Контроль за исполнением настоящего Постановления возложить на Первого Заместителя Председателя Правительства Свердловской области В.А. Власова.

3. Настоящее Постановление опубликовать в "Областной газете".

Председатель Правительства

Свердловской области

Д.В.ПАСЛЕР

К Постановлению

Правительства Свердловской области

от 25 декабря 2014 г. N 1191-ПП

Форма Руководителю медицинской организации

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

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

 (Ф.И.О.)

 от участника Программы по оказанию

 содействия добровольному переселению

 в Свердловскую область

 соотечественников, проживающих

 за рубежом, на 2013 - 2014 годы

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

 (фамилия, имя, отчество полностью)

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

 (контактный телефон)

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 О ВОЗМЕЩЕНИИ СТОИМОСТИ ЗАТРАТ НА ПРОХОЖДЕНИЕ

 ПЕРВИЧНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ

 НА НАЛИЧИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, ТУБЕРКУЛЕЗА, СИФИЛИСА,

 ШАНКРОЙДА, ХЛАМИДИЙНОЙ ЛИМФОГРАНУЛЕМЫ, ЛЕПРЫ,

 НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ

 Прошу Вас возместить мне стоимость затрат на прохождение первичного

медицинского освидетельствования на наличие ВИЧ-инфекции, туберкулеза,

сифилиса, шанкройда, хламидийной лимфогранулемы, лепры, наркологического

освидетельствования мною и (или) членами моей семьи в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей.

 (числом) (прописью)

 Сведения об участнике Программы:

 1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 2. Число, месяц, год рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 3. Наименование документа, удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ когда и кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 4. Свидетельство участника Государственной программы N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

когда и кем выдано \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 5. Место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 Сведения о членах семьи участника Программы:

 1.1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 1.2. Число, месяц, год рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 1.3. Наименование документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

серия \_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ когда и кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 1.4. Свидетельство участника Государственной программы N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

когда и кем выдано \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 1.5. Место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 2.1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 2.2. Число, месяц, год рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 2.3. Наименование документа, удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ когда и кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 2.4. Свидетельство участника Государственной программы N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

когда и кем выдано \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 2.5. Место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 3.1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 3.2. Число, месяц, год рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 3.3. Наименование документа, удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ когда и кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 3.4. Свидетельство участника Государственной программы N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

когда и кем выдано \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 3.5. Место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

К настоящему заявлению прилагаю:

1) копию свидетельства участника Государственной программы по оказанию содействия в добровольном переселении в Российскую Федерацию соотечественников, проживающих за рубежом, - на \_\_\_ листах;

2) копии документов, удостоверяющих личность участника Программы и членов его семьи, указанных в свидетельстве участника Государственной программы, - на \_\_\_ листах;

3) копии актов медицинского освидетельствования на отсутствие заболеваний, опасных для окружающих (ВИЧ-инфекции, туберкулеза, сифилиса, хламидийной лимфогранулемы, шанкройда, лепры и наркомании), участника Программы и (или) членов его семьи - на \_\_\_ листах;

4) договор на оказание платных медицинских услуг по проведению медицинского освидетельствования на наличие ВИЧ-инфекции, туберкулеза, сифилиса, шанкройда, хламидийной лимфогранулемы, лепры, наркологического освидетельствования участника Программы и (или) членов его семьи - на \_\_\_ листах;

5) документы, подтверждающие оплату участником Программы и (или) членами его семьи медицинского освидетельствования на наличие ВИЧ-инфекции, туберкулеза, сифилиса, шанкройда, хламидийной лимфогранулемы, лепры, наркологического освидетельствования (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)), - на \_\_\_ листах;

6) согласие на обработку персональных данных на \_\_\_ листах;

7) заявление о согласии на передачу персональных данных на \_\_\_ листах.

Денежные средства в качестве возмещения затрат на прохождение первичного медицинского освидетельствования прошу перечислить на счет участника Программы, открытый в банке или иной кредитной организации, реквизиты:

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

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

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

Уведомление о принятом решении о возмещении стоимости затрат на прохождение первичного медицинского освидетельствования мною и (или) членами моей семьи прошу направить по следующему адресу:

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

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

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

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

 (дата) (подпись)