***Предоставление специальных устройств, приспособлений, технических средств реабилитации инвалидам-колясочникам в целях создания условий доступности жилых помещений, входных групп в жилых домах***

Постановление Правительства Свердловской области от 19.01.2017 г. № 10-ПП «Об утверждении Порядка предоставления специальных устройств, приспособлений, технических средств реабилитации в целях создания условий доступности для инвалидов-колясочников жилых помещений, входных групп в жилых домах»

**Круг лиц:**

инвалиды и дети-инвалиды, проживающие на территории Свердловской области, которым индивидуальной программой реабилитации инвалида (ребенка-инвалида) либо индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида), разработанной федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы, либо программой реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания, разработанной федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы рекомендованы кресла-коляски.

Технические средства предоставляются инвалидам однократно, бесплатно в безвозмездное пользование.

Техническими средствами реабилитации являются:

- подъемники мобильные для перемещения людей, сидящих на сиденьях, подвешенных на канатах (стропах);

- подъемники мобильные для перемещения людей, сидящих на жестких сиденьях;

- подъемники стационарные, прикрепленные к стене, полу и потолку;

- подъемники стационарные свободно стоящие;

- лестничные подъемные устройства;

- кресла-коляски, перемещающиеся вверх по лестнице (кресла-коляски с электроприводом);

- поручни и опорные перила;

- пандусы накладные, в том числе пандусы портативные, складные, телескопические, роллопандусы.

С **заявлением** о предоставлении технических средств реабилитации заявитель представляет документы:

1. Паспорт или иной документ, удостоверяющий личность, инвалида либо лица, представляющего его интересы;
2. Справку об установлении инвалидности;
3. Программу реабилитации или абилитации;
4. Решение органа опеки и попечительства о назначении опекуном или попечителем (при обращении опекуна или попечителя инвалида);
5. Доверенность, подтверждающая полномочия доверенного лица (при обращении доверенного лица).

Документы представляются в подлинниках или нотариально заверенных копиях.

**Прием з**аявлений с **документами осуществляется:**

Филиалами:

- Кировградский филиал Многофункционального центра "Мои документы», адрес: г. Кировград, ул. Кировградская, 48, приемные дни: пн, ср, пт. с 09.00 — 18.00, вт, чт с 09.00 — 20.00, сб с 09.00 — 18.00, вс — выходной день.

**- Верхнетагильский Многофункциональный центр, адрес: г. Верхний Тагил, ул. Маяковского, 17 «а»,** приемные дни: **вт-чт с 11.00 — 20.00 (без перерыва на обед), ср, пт, сб с 8.00 — 17.00 (без перерыва на обед), вс-пн — выходные дни.**

**- Управлением социальной политики по городу Кировграду,** по адресу: г. Кировград, ул. Лермонтова, д.10, каб. 105, тел. 6-01-15, приемные дни: понедельник - четверг с 08.00 ч. до 17.15 ч., перерыв с 12.00 до 13.00 ч.,

 - через организации почтовой связи;

- с использованием информационно-телекоммуникационных технологий (единый портал государственных и муниципальных услуг, портал государственных и муниципальных услуг Свердловской области, универсальная электронная карта). При этом заявление и электронная копия (электронный образ) каждого документа подписываются усиленной квалифицированной электронной подписью.

Бланк заявления о предоставлении технических средств реабилитации

 Начальнику Управления социальной

 политики по городу Кировграду

 М.А. Мининой

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (фамилия, имя, отчество)

паспорт или временное удостоверение личности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (серия, номер, кем, когда выдан)

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

дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (число, месяц, год рождения)

местожительства или место пребывания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(почтовый индекс, район, город, населенный пункт, иной населенный пункт, улица, номер дома, корпуса, квартиры указываются на основании записи в паспорте или документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства, месту пребывания (если предъявляется на паспорт, а иной документ, удостоверяющий личность))

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_прошу предоставить мне специальное (-ые) устройство (-а), приспособление (-ия), техническое(ие) средство(а) реабилитации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(наименование специальных устройств, приспособлений, технических средств реабилитации)

Даю согласие на обследование условий проживания.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись инвалида либо лица, представляющего его интересы) (расшифровка подписи)

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (число, месяц, год)

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (фамилия, имя, отчество)

даю согласие на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно на совершение действий, предусмотренных пунктом 3 статьи 3 Федерального закона от 27 июля 2006 года N 152-ФЗ "О персональных данных", со сведениями, представленными мной в \_\_Управление социальной политики по городу Кировграду\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование территориального отраслевого исполнительного органагосударственной власти Свердловской

области - Управления социальнойполитики Министерства социальной политики Свердловской области)

с целью предоставления мне специальных устройств, приспособлений, технических средств реабилитации.

 Настоящее согласие дается на период до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись инвалида либо лица, представляющего его интересы) (расшифровка подписи)

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (число, месяц, год)