

Форма справки

Штамп медицинской организации
Республики Коми

СПРАВКА, подтверждающая факт
наблюдения женщины во время
беременности в медицинской организации
Республики Коми

Дана

_____.
(фамилия, имя, отчество)

Домашний адрес _____

Срок беременности _____.

Срок предполагаемых родов _____.

Справка дана для представления в
государственное учреждение Республики
Коми - центр по предоставлению
государственных услуг в сфере социальной
защиты населения.

_____ (дата заполнения)

Лечащий врач _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

Руководитель _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

М.П.

**Время приема граждан
в ГБУ РК «ЦСЗН Эжвинского
района г.Сыктывкара»:**

Понедельник с 8-45ч до 18-00ч;

**Вторник, среда, четверг
с 8-45ч до 17-00ч;**

Обед: с 13-00ч до 14-00ч

Телефон: 62-30-63

**г. Сыктывкар, 167021, пр. Бумажников, 42,
телефон: 8(8212)62-28-27; факс: 62-27-26**

e-mail: social_ezhva@soc.rkomi.ru

сайт: socialezhva.rkomi.ru

**ГБУ РК «Центр по предоставлению
государственных услуг в сфере
социальной защиты населения
Эжвинского района города Сыктывкара»**

ПАМЯТКА

**Пособие беременным
женщинам на
приобретение продуктов
питания**



2020 год

**Закон Республики Коми
«О социальной поддержке
населения в Республике
Коми»
от 12 ноября 2004 года N 55-РЗ**

**Постановление Правительства
Республики Коми от 31.12.2004 г.
№ 280 « О мерах по реализации
Закона Республики Коми «О
социальной поддержке населения
в Республике Коми»**

Назначение и выплата пособия на приобретение продуктов питания осуществляется государственным учреждением Республики Коми - центром по предоставлению государственных услуг в сфере социальной защиты населения по месту жительства или месту пребывания женщины.

Пособие предоставляется без учета каких-либо критериев нуждаемости.

Размер пособия составляет
1 000 рублей в месяц.

Необходимые документы:

1. Заявление с указанием способа доставки пособия;
2. Документ, удостоверяющий личность (если от имени гражданина действует лицо, являющееся его представителем в соответствии с законодательством Российской Федерации, то дополнительно представляются документ, удостоверяющий личность представителя, и документ, подтверждающий соответствующие полномочия)
3. справка, подтверждающая факт наблюдения женщины во время беременности, выданная медицинской организацией Республики Коми;
4. документ, содержащий сведения о страховом номере индивидуального лицевого счета в системе пенсионного страхования (если заявителем по собственной инициативе не представлен документ, центр или МФЦ запрашивает его в рамках межведомственного информационного взаимодействия)

Пособие назначается с месяца представления в центр или в МФЦ заявления и документов, но не ранее месяца достижения срока беременности 12 недель, и выплачивается ежемесячно по месяц окончания беременности (включительно).

Гражданин обязан в течение 30 календарных дней со дня наступления обстоятельств, влекущих прекращение выплаты пособия, письменно известить центр о наступлении таких обстоятельств.