|  |
| --- |
|  |
| Приказ Министерства социальной политики Калининградской области от 09.08.2022 N 60-НПА (ред. от 12.10.2022) "Об установлении форм документов в целях заключения соглашений о предоставления субсидий из областного бюджета социально ориентированным некоммерческим организациям на финансовое обеспечение оказания социальных услуг гражданам в форме социального обслуживания на дому" |
| Документ предоставлен [**КонсультантПлюс  www.consultant.ru**](https://www.consultant.ru)  Дата сохранения: 10.12.2022 |

ПРАВИТЕЛЬСТВО КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

МИНИСТЕРСТВО СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ

ПРИКАЗ

от 9 августа 2022 г. N 60-НПА

Об установлении форм документов в целях заключения

соглашений о предоставлении субсидий из областного бюджета

социально ориентированным некоммерческим организациям

на финансовое обеспечение оказания социальных услуг

гражданам в форме социального обслуживания на дому

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Список изменяющих документов  (в ред. [Приказа](consultantplus://offline/ref=13B86AB861A18ED53EEDF0983BD040FC91B0A0EF45F08BF3F1F9C2C297E5222D4939BB39C709845BE06D2B421BDB88F013603AD741ABF6ECFFB1D0C5MDvDJ) Министерства социальной политики Калининградской области  от 12.10.2022 N 72-НПА) |  |

В соответствии с [подпунктами 1](consultantplus://offline/ref=13B86AB861A18ED53EEDF0983BD040FC91B0A0EF4DF98BF9F5F19FC89FBC2E2F4E36E42EC040885AE06E2C4216848DE5023836D65FB4F5F0E3B3D2MCv5J), [2 пункта 31](consultantplus://offline/ref=13B86AB861A18ED53EEDF0983BD040FC91B0A0EF4DF98BF9F5F19FC89FBC2E2F4E36E42EC040885AE06E2C4316848DE5023836D65FB4F5F0E3B3D2MCv5J) порядка предоставления субсидий из областного бюджета социально ориентированным некоммерческим организациям на финансовое обеспечение оказания социальных услуг гражданам в форме социального обслуживания на дому, установленного постановлением Правительства Калининградской области от 22 мая 2018 года N 289,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Установить формы:

1) [заявления](#P55) о заключении соглашения о предоставлении субсидии на финансовое обеспечение оказания социальных услуг гражданам в форме социального обслуживания на дому согласно приложению N 1;

2) [плановой справки-расчета](#P162) размера субсидии на финансовое обеспечение оказания социальных услуг гражданам в форме социального обслуживания на дому согласно приложению N 2.

2. Контроль за исполнением приказа оставляю за собой.

3. Приказ вступает в силу со дня подписания и подлежит официальному опубликованию.

Министр социальной политики

Калининградской области

А.В. Майстер

Приложение N 1

к Приказу Министерства

социальной политики

Калининградской области

от 9 августа 2022 г. N 60-НПА

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Список изменяющих документов  (в ред. [Приказа](consultantplus://offline/ref=13B86AB861A18ED53EEDF0983BD040FC91B0A0EF45F08BF3F1F9C2C297E5222D4939BB39C709845BE06D2B431EDB88F013603AD741ABF6ECFFB1D0C5MDvDJ) Министерства социальной политики Калининградской области  от 12.10.2022 N 72-НПА) |  |

ФОРМА

Областное государственное казенное

учреждение Калининградской области

"Центр социальной поддержки

населения"

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование некоммерческой

организации)

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

ЗАЯВЛЕНИЕ

о заключении соглашения о предоставлении субсидии на финансовое

обеспечение оказания социальных услуг гражданам в форме социального

обслуживания на дому

В соответствии с [порядком](consultantplus://offline/ref=13B86AB861A18ED53EEDF0983BD040FC91B0A0EF4DF98BF9F5F19FC89FBC2E2F4E36E42EC040885AE06F2C4616848DE5023836D65FB4F5F0E3B3D2MCv5J) предоставления субсидий из областного бюджета

социально ориентированным некоммерческим организациям на финансовое

обеспечение оказания социальных услуг гражданам в форме социального

обслуживания на дому, установленным постановлением Правительства

Калининградской области от 22 мая 2018 года N 289 (далее - порядок), на

основании уведомления о признании организации прошедшей отбор

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(номер и дата уведомления)

прошу заключить на 202\_\_ год соглашение о предоставлении из областного

бюджета субсидии на финансовое обеспечение оказания социальных услуг

гражданам в форме социального обслуживания на дому с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(наименование некоммерческой организации)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее - некоммерческая организация).

|  |  |
| --- | --- |
| Полное наименование некоммерческой организации |  |
| Местонахождение некоммерческой организации |  |
| Адрес некоммерческой организации |  |
| Адрес электронной почты |  |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя, контактный телефон |  |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии) главного бухгалтера, контактный телефон |  |
| [ОКВЭД](consultantplus://offline/ref=13B86AB861A18ED53EEDEE952DBC1EF591B9F6EB41F482A7ADAEC495C8B524781B79E560854D975BE27329421FMDv2J)  ОГРН (ОГРНИП)  ИНН  КПП  [ОКТМО](consultantplus://offline/ref=13B86AB861A18ED53EEDEE952DBC1EF594BFF7EB45F182A7ADAEC495C8B524781B79E560854D975BE27329421FMDv2J)  [ОКАТО](consultantplus://offline/ref=13B86AB861A18ED53EEDEE952DBC1EF591BAF6E144F082A7ADAEC495C8B524781B79E560854D975BE27329421FMDv2J) |  |
| Банковские реквизиты |  |

Плановое количество получателей услуг на 202\_\_ год составляет:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ человек

(указывается по каждому муниципальному образованию отдельно, если

организация оказывает услуги в нескольких муниципальных образованиях)

Подтверждаю, что некоммерческая организация соответствует требованиям,

установленным [пунктом 13](consultantplus://offline/ref=13B86AB861A18ED53EEDF0983BD040FC91B0A0EF4DF98BF9F5F19FC89FBC2E2F4E36E42EC040885AE06E294116848DE5023836D65FB4F5F0E3B3D2MCv5J) порядка.

Приложение к заявлению:

1. Плановая справка-расчет размера субсидии на \_\_\_\_ л.;

2. Выписка из Единого государственного реестра юридических лиц на \_\_\_

л. (представляется по инициативе некоммерческой организации);

3. Справка налогового органа об отсутствии у некоммерческой организации

неисполненной обязанности по уплате налогов, сборов, страховых взносов,

пеней, штрафов, процентов, подлежащих уплате в соответствии с

законодательством Российской Федерации о налогах и сборах на \_\_\_\_ л.

(представляется по инициативе некоммерческой организации).

Всего на \_\_\_\_\_\_ листах в \_\_\_\_\_\_ экз.

Об ответственности за предоставление недостоверных сведений и

документов предупрежден.

Достоверность сведений и прилагаемых к нему документов подтверждаю.

В соответствии с Федеральным [законом](consultantplus://offline/ref=13B86AB861A18ED53EEDEE952DBC1EF591B9FCE040F182A7ADAEC495C8B524781B79E560854D975BE27329421FMDv2J) от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О

персональных данных" даю согласие на автоматизированную, а также без

использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а

именно совершение действий со сведениями, представленными мной в целях

получения субсидии.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| " | " | 20 |  | года |  |  |  |
| МП (при наличии) | | | | | (должность лица, уполномоченного на подписание заявления, подпись заявителя) | | (Ф.И.О. заявителя) |
| N | |  | | |  | | |
|  | | рег. номер заявления | | |
|  | | | | | Принял документы | | |
| Дата | Подпись специалиста | |
|  |  | |

Министр социальной политики

Калининградской области

А.В. Майстер

Приложение N 2

к Приказу Министерства

социальной политики

Калининградской области

от 9 августа 2022 г. N 60-НПА

ФОРМА

ПЛАНОВАЯ СПРАВКА-РАСЧЕТ

размера субсидии на финансовое обеспечение оказания социальных услуг

гражданам в форме социального обслуживания на дому

за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать период (месяц, квартал, год)

Заявитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Степень индивидуальной потребности в постороннем уходе | Кол-во услуг в соответствии со стандартом | Стоимость 1 услуги (тариф) в месяц (руб.) | Количество получателей социальных услуг | Сумма, планируемая к оплате за предоставленные социальные услуги получателем услуги в месяц (руб.) | Всего к возмещению в месяц (руб.) | Планируемый период оказания услуг, кол-во месяцев | Расчетный размер субсидии на год (руб.) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |

Руководитель некоммерческой организации

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

М.П. (подпись) (расшифровка подписи)

Главный бухгалтер некоммерческой организации (при наличии)

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

М.П. (подпись) (расшифровка подписи)

Министр социальной политики

Калининградской области

А.В. Майстер