



Зарегистрирован в Иркутском областном
государственном казенном учреждении
«Институт муниципальной правовой
информации им. М.М. Сперанского»
Дата государственной регистрации
« 15 » сентября 2025 года
Регистрационный № 03-1589/25

**МИНИСТЕРСТВО СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ,
ОПЕКИ И ПОПЕЧИТЕЛЬСТВА
ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ**

П Р И К А З

«12» сентября 2025 года

№ 53-79-инр

Иркутск

**О внесении изменений в отдельные приказы министерства социального
развития, опеки и попечительства Иркутской области**

В соответствии со статьей 5 Федерального закона от 24 июня 2025 года № 156-ФЗ «О создании многофункционального сервиса обмена информацией и о внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации», руководствуясь статьей 21 Устава Иркутской области, Положением о министерстве социального развития, опеки и попечительства Иркутской области, утвержденным постановлением Правительства Иркутской области от 18 сентября 2009 года № 261/40-пп,

П Р И К А З Ы В А Ю:

1. Внести в Порядок о бесплатном обеспечении лекарственными препаратами для медицинского применения, отпускаемыми по рецептам на лекарственные препараты, при амбулаторном лечении для детей в возрасте до четырех лет из малоимущих семей, проживающих на территории Иркутской области, утвержденный приказом министерства социального развития, опеки и попечительства Иркутской области от 30 ноября 2018 года № 53-419/18-мпр, следующие изменения:

1) пункт 3 после слов «попечительства Иркутской области» дополнить словами «(далее – министерство)»;

2) в пункте 10:

в абзаце девятом слова «(за исключением законных представителей, сообщивших в заявлении об отсутствии доходов у членов семьи с указанием причин)» исключить;

дополнить абзацем четырнадцатым следующего содержания:

«8) согласие на обработку персональных данных по форме, установленной нормативным правовым актом министерства.»;

абзац четырнадцатый после слов «получения дохода)» дополнить цифрой «, 8»;

3) приложение 2 изложить в новой редакции (прилагается).

2. Внести в приказ министерства социального развития, опеки и попечительства Иркутской области от 30 ноября 2018 года № 53-420/18-мпр «Об утверждении Порядка предоставления бесплатного проезда воздушным транспортом к месту диагностики (обследования), консультации, лечения детям-инвалидам, проживающим на территории Иркутской области, со злокачественными образованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, со злокачественными новообразованиями других органов и систем, с новообразованиями *in situ*, с болезнями крови, кроветворных органов и отдельными нарушениями, вовлекающими иммунный механизм, за исключением анемий, связанных с питанием, с церебральным параличом и другими паралитическими синдромами, протекающими с эпилептическими приступами, с тазовыми нарушениями и двигательными нарушениями с болевым синдромом, со спинальной мышечной атрофией и родственными синдромами, первичными поражениями мышц, врожденными аномалиями (пороками развития) системы кровообращения, муковисцидозом, почечной остеодистрофией, дисплазией эктодермальной, несовершенным остеогенезом, другими дегенеративными болезнями нервной системы и сопровождающим их лицам, в отдельные медицинские организации и (или) обратно, Порядка предоставления компенсации расходов на оплату стоимости проезда воздушным транспортом к месту диагностики (обследования), консультации, лечения детям-инвалидам, проживающим на территории Иркутской области, со злокачественными образованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, со злокачественными новообразованиями других органов и систем, с новообразованиями *in situ*, с болезнями крови, кроветворных органов и отдельными нарушениями, вовлекающими иммунный механизм, за исключением анемий, связанных с питанием, с церебральным параличом и другими паралитическими синдромами, протекающими с эпилептическими приступами, с тазовыми нарушениями и двигательными нарушениями с болевым синдромом, со спинальной мышечной атрофией и родственными синдромами, первичными поражениями мышц, врожденными аномалиями (пороками развития) системы кровообращения, муковисцидозом, почечной остеодистрофией, дисплазией эктодермальной, несовершенным остеогенезом, другими дегенеративными болезнями нервной системы и сопровождающим их лицам в отдельные медицинские организации и (или) обратно» (далее – приказ № 53-420/18-мпр) следующие изменения:

1) в Порядке предоставления бесплатного проезда воздушным транспортом к месту диагностики (обследования), консультации, лечения детям-инвалидам, проживающим на территории Иркутской области, со злокачественными образованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, со злокачественными новообразованиями других органов и систем, с новообразованиями *in situ*, с болезнями крови, кроветворных органов и отдельными нарушениями, вовлекающими иммунный механизм, за исключением анемий, связанных с питанием, с церебральным параличом и другими паралитическими синдромами, протекающими с эпилептическими

приступами, с тазовыми нарушениями и двигательными нарушениями с болевым синдромом, со спинальной мышечной атрофией и родственными синдромами, первичными поражениями мышц, врожденными аномалиями (пороками развития) системы кровообращения, муковисцидозом, почечной остеодистрофией, дисплазией эктодермальной, несовершенным остеогенезом, другими дегенеративными болезнями нервной системы и сопровождающим их лицам в отдельные медицинские организации и (или) обратно, утвержденном приказом № 53-420/18-мпр:

в пункте 5 цифру «6» заменить словом «шести»;

пункт 8 дополнить подпунктом 7 следующего содержания:

«7) согласие на обработку персональных данных по форме, установленной нормативным правовым актом министерства.»;

в абзаце первом пункта 14 цифру «3» заменить словом «трех»;

в пункте 15 цифру «5» заменить словом «пяти»;

приложение 1 изложить в новой редакции (прилагается);

2) в Порядке предоставления компенсации расходов на оплату стоимости проезда воздушным транспортом к месту диагностики (обследования), консультации, лечения детям-инвалидам, проживающим на территории Иркутской области, со злокачественными образованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, со злокачественными новообразованиями других органов и систем, с новообразованиями *in situ*, с болезнями крови, кроветворных органов и отдельными нарушениями, вовлекающими иммунный механизм, за исключением анемий, связанных с питанием, с церебральным параличом и другими паралитическими синдромами, протекающими с эпилептическими приступами, с тазовыми нарушениями и двигательными нарушениями с болевым синдромом, со спинальной мышечной атрофией и родственными синдромами, первичными поражениями мышц, врожденными аномалиями (пороками развития) системы кровообращения, муковисцидозом, почечной остеодистрофией, дисплазией эктодермальной, несовершенным остеогенезом, другими дегенеративными болезнями нервной системы и сопровождающим их лицам в отдельные медицинские организации и (или) обратно, утвержденном приказом № 53-420/18-мпр:

в пункте 5 цифру «6» заменить словом «шести»;

в пункте 8 цифру «7» заменить словом «семи»;

пункт 9 дополнить подпунктом 7 следующего содержания:

«12) согласие на обработку персональных данных по форме, установленной нормативным правовым актом министерства.»;

в абзаце первом пункта 13 цифру «5» заменить словом «пяти»;

в абзаце первом пункта 16 цифру «5» заменить словом «пяти»;

приложение 1 изложить в новой редакции (прилагается).

3. Внести в Порядок предоставления компенсации расходов на оплату стоимости проезда железнодорожным, воздушным, водным и автомобильным (кроме такси) транспортом к месту отдыха и (или) лечения на территории Российской Федерации и обратно неработающим приемным родителям,

проживающим в районах Крайнего Севера Иркутской области и местностях Иркутской области, приравненных к районам Крайнего Севера, являющимся получателями страховых пенсий по старости, и подопечным детям, воспитывающимся в их семьях, утвержденный приказом министерства социального развития, опеки и попечительства Иркутской области от 17 января 2020 года № 53-10/20-мпр, следующие изменения:

1) в пункте 10 цифру «7» заменить словом «семи»;

2) пункт 11 дополнить подпунктом 16 следующего содержания:

«16) согласие на обработку персональных данных по форме, установленной нормативным правовым актом министерства.»;

3) в абзаце первом пункта 16 цифру «5» заменить словом «пяти»;

4) в абзаце втором пункта 17 цифру «3» заменить словом «трех»;

5) в абзаце первом пункта 18 цифру «5» заменить словом «пяти»;

6) в пункте 23 цифру «3» заменить словом «трех»;

7) приложение изложить в новой редакции (прилагается).

4. Внести в Положение об организации проведения детских инклюзивных творческих игр в Иркутской области и об организации участия победителей детских инклюзивных творческих игр в Иркутской области в Международных детских инклюзивных творческих Играх, утвержденное приказом министерства социального развития, опеки и попечительства Иркутской области от 23 марта 2023 года № 53-39-мпр, следующие изменения:

1) в пункте 3 слова «1 раз в 2 года» заменить словами «один раз в два года»;

2) пункт 13 дополнить абзацем шестым следующего содержания:

«4) согласие на обработку персональных данных по форме, установленной нормативным правовым актом министерства.»;

3) в пункте 20:

в абзаце втором цифру «1» заменить словом «первая»;

в абзаце третьем цифру «2» заменить словом «вторая»;

в абзаце четвертом цифру «3» заменить словом «третья»;

4) в пункте 35 слова «1-е» заменить словом «первые»;

5) приложение изложить в новой редакции (прилагается).

5. Внести в Положение о порядке проведения выставки-форума «И невозможное возможно...», утвержденное приказом министерства социального развития, опеки и попечительства Иркутской области от 15 октября 2024 года № 53-119-мпр, следующие изменения:

1) пункт 12 дополнить абзацем седьмым следующего содержания:

«5) согласие на обработку персональных данных по форме, установленной нормативным правовым актом министерства.»;

2) в абзаце первом пункта 33 цифру «3» заменить словом «три»;

3) приложение 1 изложить в новой редакции (прилагается).

6. Внести в Порядок предоставления инвалидам и детям-инвалидам, проживающим на территории Иркутской области, которым установлен кохлеарный имплантат, ежегодной денежной выплаты на замену и (или) ремонт комплектующих внешней части системы кохлеарной имплантации,

приобретение элементов питания к системе кохлеарной имплантации, установленный приказом министерства социального развития, опеки и попечительства Иркутской области от 23 декабря 2024 года № 53-141-мпр, следующие изменения:

1) пункт 5 дополнить подпунктом 10 следующего содержания:

«10) согласие на обработку персональных данных по форме, установленной нормативным правовым актом министерства.»;

2) приложение изложить в новой редакции (прилагается).

7. Настоящий приказ подлежит официальному опубликованию в общественно-политической газете «Областная», сетевом издании «Официальный интернет-портал правовой информации Иркутской области» (www.ogirk.ru), а также на «Официальном интернет-портале правовой информации» (www.pravo.gov.ru) после его государственной регистрации.

8. Настоящий приказ вступает в силу со дня его официального опубликования.

Министр социального развития,
опеки и попечительства
Иркутской области



В.А. Родионов

Приложение 1

к приказу министерства социального
развития, опеки и попечительства
Иркутской области

«12» сентября 2025 года № 53-79-ин

«Приложение 2

к Порядку о бесплатном обеспечении
лекарственными препаратами для
медицинского применения,
отпускаемыми по рецептам на
лекарственные препараты, при
амбулаторном лечении для детей в
возрасте до четырех лет жизни из
малоимущих семей, проживающих на
территории Иркутской области

В областное государственное учреждение _____

(наименование учреждения)

от _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя ребенка)

(полностью день, месяц и год рождения)

Адрес места жительства (места пребывания): _____

номер телефона _____.

Паспорт серия _____ № _____

выдан (кем, когда) _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

В соответствии с Порядком о бесплатном обеспечении лекарственными препаратами для медицинского применения, отпускаемыми по рецептам на лекарственные препараты, при амбулаторном лечении для детей в возрасте до четырех лет из малоимущих семей, проживающих на территории Иркутской области, прошу для оформления медицинской организацией рецепта (-ов) включить в Регистр детей из малоимущих семей ребенка (детей):

№ п/п	Фамилия, имя, отчество ребенка	Число, месяц, год рождения ребенка
1		
2		
3		

К заявлению прилагаю следующие документы:

№ п/п	Наименование документа	Количество экземпляров
1		
2		
3		
4		

Сведения о доходах семьи за 6 (шесть) последних календарных месяцев:

1. Заработная плата всех членов семьи по основному месту работы и по совместительству:

а) матери _____ руб.

б) отца _____ руб.

в) усыновителя (его супруга) _____ руб.

г) опекуна (попечителя) (его супруга) _____ руб.

2. Алименты _____ руб.

3. Пенсия (ребенка (детей), матери, отца, усыновителя, опекуна (попечителя)) _____ руб.

4. Стипендия (ребенка (детей), матери отца, усыновителя, опекуна (попечителя)) _____ руб.

5. Пособие по безработице (матери, отца, усыновителя, опекуна (попечителя)) _____ руб.

6. Денежные средства на содержание ребенка (опекуна (попечителя)) _____ руб.

7. Доходы от ведения личного подсобного хозяйства (приусадебный участок (сотки), овощеводство, птица, крупнорогатый скот) _____ руб.

8. Доходы от занятия предпринимательской деятельностью _____ руб.

9. Доходы от вкладов, акций, сдачи в аренду и др. _____ руб.

10. Иные доходы _____ руб.

Все имеющиеся виды доходов семьи в заявлении отражены полностью, других доходов семья не имеет.

/

(подпись)

(расшифровка подписи)

Сведения о членах семьи заявителя, проживающих (пребывающих) совместно с заявителем:

№ п/п	ФИО	Степень родства

Я, _____, предупрежден(-а) об ответственности за представление ложной информации, недостоверных (поддельных) документов, сокрытие данных, влияющих на принятие решения о бесплатном обеспечении лекарственными препаратами для медицинского применения.

Обязуюсь сообщить обо всех изменениях в семье (передача детей (ребенка) на полное государственное обеспечение; получение опекуном (попечителем) в установленном законодательством порядке денежных средств на содержание детей; лишение родительских прав; отмена усыновления (удочерения); освобождение и отстранение опекуна (попечителя) от исполнения своих обязанностей; прекращение опеки (попечительства); изменение дохода семьи и др.) в течение двух календарных дней со дня наступления указанных обстоятельств, влияющих на предоставление бесплатного обеспечения лекарственными препаратами для медицинского применения.

«___» _____ 20___ г.

(подпись и расшифровка подписи гражданина)».

Приложение 2

к приказу министерства социального
развития, опеки и попечительства
Иркутской области

«12» сентября 2025 года № БЗ-79-ин/р

«Приложение 1

к Порядку предоставления бесплатного
проезда воздушным транспортом к месту
диагностики (обследования),
консультации, лечения детям-инвалидам,
проживающим на территории Иркутской
области, со злокачественными
образованиями лимфоидной,
кровотворной и родственных им тканей, со
злокачественными новообразованиями
других органов и систем, с
новообразованиями in situ, с болезнями
крови, кроветворных органов и
отдельными нарушениями,
вовлекающими иммунный механизм, за
исключением анемий, связанных с
питанием, с церебральным параличом и
другими паралитическими синдромами,
протекающими с эпилептическими
приступами, с тазовыми нарушениями и
двигательными нарушениями с болевым
синдромом, со спинальной мышечной
атрофией и родственными синдромами,
первичными поражениями мышц,
врожденными аномалиями (пороками
развития) системы кровообращения,
муковисцидозом, почечной
остеодистрофией, дисплазией
эктодермальной, несовершенным
остеогенезом, другими дегенеративными
болезнями нервной системы и
сопровождающим их лицам в отдельные
медицинские организации и (или) обратно

В государственное учреждение Иркутской области, подведомственное
министерству социального развития, опеки и попечительства Иркутской
области, _____,
расположенное по адресу: _____

от гражданина _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) полностью, день, месяц и год рождения)
адрес места жительства (пребывания): _____

номер телефона: _____
данные документа, удостоверяющего личность гражданина (паспорт): _____

серия _____ № _____, выдан (кем и когда) _____

В случае подачи заявления представителем гражданина: _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя гражданина полностью, день, месяц
и год рождения)
действующего на основании _____

(документ, подтверждающий полномочия представителя гражданина)
адрес места жительства (пребывания): _____

номер телефона: _____
данные документа, удостоверяющего личность представителя гражданина
(паспорт): серия _____ № _____ выдан (кем и когда) _____

Ребенок-инвалид: _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка-инвалида полностью, день, месяц и год
рождения)
адрес места жительства (пребывания): _____

данные документа, удостоверяющего личность ребенка-инвалида:
(свидетельство о рождении/ паспорт) (нужное подчеркнуть) _____
серия _____ № _____, выдан (кем и когда) _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу выдать направление на получение бесплатных проездных документов (билетов) к месту диагностики (обследования), консультации, лечения в _____

_____ (указывается медицинская организация)
и обратно ребенку-инвалиду _____

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) направляемого на диагностику (обследование),
консультацию, лечение ребенка-инвалида)
и сопровождающему лицу _____

_____ (заполняется фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, адрес места
жительства (пребывания), данные документа, удостоверяющего личность
сопровождающего лица)

К заявлению прилагаю:

1. _____;
2. _____;
3. _____;
4. _____;
5. _____;
6. _____;
7. _____.

Достоверность указанных в заявлении сведений подтверждаю. Об ответственности за недостоверность представленных сведений предупрежден (предупреждена).

«__» _____ 20__ г.

(подпись и расшифровка подписи гражданина)».

Приложение 3

к приказу министерства социального
развития, опеки и попечительства
Иркутской области

«12» сентября 2025 года № Б.З-79-инр

«Приложение 1

к Порядку предоставления компенсации
расходов на оплату стоимости проезда
воздушным транспортом к месту
диагностики (обследования),
консультации, лечения детям-инвалидам,
проживающим на территории Иркутской
области, со злокачественными
образованиями лимфоидной,
кровотворной и родственных им тканей, со
злокачественными новообразованиями
других органов и систем, с
новообразованиями in situ, с болезнями
крови, кроветворных органов и
отдельными нарушениями,
вовлекающими иммунный механизм, за
исключением анемий, связанных с
питанием, с церебральным параличом и
другими паралитическими синдромами,
протекающими с эпилептическими
приступами, с тазовыми нарушениями и
двигательными нарушениями с болевым
синдромом, со спинальной мышечной
атрофией и родственными синдромами,
первичными поражениями мышц,
врожденными аномалиями (пороками
развития) системы кровообращения,
муковисцидозом, почечной
остеодистрофией, дисплазией
эктодермальной, несовершенным
остеогенезом, другими дегенеративными
болезнями нервной системы и
сопровождающим их лицам в отдельные
медицинские организации и (или) обратно

В государственное учреждение Иркутской области, подведомственное
министерству социального развития, опеки и попечительства Иркутской
области, _____

расположенное по адресу: _____

от гражданина _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) полностью, день, месяц и год рождения)
адрес места жительства (пребывания): _____

номер телефона: _____

данные документа, удостоверяющего личность гражданина (паспорт):
серия _____ № _____, выдан (кем и когда) _____

В случае подачи заявления представителем гражданина: _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя сопровождающего гражданина,
день, месяц и год рождения)
действующего на основании _____

(документ, подтверждающий полномочия представителя гражданина)
адрес места жительства (пребывания): _____

номер телефона: _____

данные документа, удостоверяющего личность представителя гражданина
(паспорт): серия _____ № _____ выдан (кем и когда) _____

Ребенок-инвалид: _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка-инвалида полностью, день, месяц и год
рождения)
адрес места жительства (пребывания): _____

данные документа, удостоверяющего личность ребенка-инвалида:
(свидетельство о рождении/ паспорт) (нужное подчеркнуть)
серия _____ № _____, выдан (кем и когда) _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить компенсацию расходов на оплату стоимости
проезда к месту диагностики (обследования), консультации, лечения и
обратно, в том числе расходов на оплату стоимости проезда сопровождающего
лица (далее - компенсация), в _____

_____ (указывается медицинская организация)
 ребенок-инвалид _____

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) направляемого на диагностику (обследование),
 консультацию, лечение ребенка-инвалида)
 и сопровождающее лицо _____

_____ (заполняется фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, адрес места
 жительства (пребывания), данные документа, удостоверяющего личность
 сопровождающего лица)

Реквизиты счета, открытого в банке или иной кредитной организации на
 имя гражданина (законного представителя) ребенка-инвалида, реквизиты
 организации федеральной почтовой связи:

К заявлению прилагаю:

1. _____;
2. _____;
3. _____;
4. _____;
5. _____;
6. _____;
7. _____.

Достоверность указанных в заявлении сведений подтверждаю. Об
 ответственности за недостоверность представленных сведений предупрежден
 (предупреждена).

«__» _____ 20__ г.

 (подпись и расшифровка подписи гражданина)».

Приложение 4

к приказу министерства социального
развития, опеки и попечительства
Иркутской области

«12» сентября 2025 года № 53-79-ин/р

«Приложение

к Порядку предоставления компенсации
расходов на оплату стоимости проезда
железнодорожным, воздушным, водным и
автомобильным (кроме такси)
транспортом к месту отдыха и (или)
лечения на территории Российской
Федерации и обратно неработающим
приемным родителям, проживающим в
районах Крайнего Севера Иркутской
области и местностях Иркутской области,
приравненных к районам Крайнего
Севера, являющимся получателями
страховых пенсий по старости, и
подопечным детям, воспитывающимся в
их семьях

В областное государственное учреждение социального обслуживания

_____,
(наименование учреждения)

расположенное по адресу: _____

от гражданина _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) полностью опекуна (попечителя), приемного
родителя, дата рождения, день, месяц и год рождения)
адрес места жительства (пребывания): _____

номер телефона: _____

данные документа, удостоверяющего личность гражданина (паспорт):

серия _____ № _____, выдан (кем и когда) _____

ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ КОМПЕНСАЦИИ СТОИМОСТИ ПРОЕЗДА К МЕСТУ ОТДЫХА И (ИЛИ) ЛЕЧЕНИЯ И ОБРАТНО

Прошу предоставить компенсацию стоимости проезда к месту отдыха и (или) лечения и обратно в связи с проездом меня и моего подопечного ребенка (подопечных детей): _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) полностью, дата рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность подопечного ребенка (детей)) от места жительства (пребывания) по адресу: _____

до _____,

(наименование организации, предоставляющей услуги по организации отдыха и (или) лечения)

расположенной(го) по адресу: _____

и обратно к месту жительства (пребывания).

Реквизиты счета, открытого в банке или иной кредитной организации на имя заявителя, реквизиты организации почтовой связи или иной организации, осуществляющей доставку компенсации _____

К заявлению прилагаю:

1. _____;
2. _____;
3. _____;
4. _____;
5. _____;
6. _____;
7. _____.

Достоверность указанных в заявлении сведений подтверждаю. Об ответственности за недостоверность представленных сведений предупрежден (предупреждена).

«__» _____ 20__ г.

(подпись и расшифровка подписи гражданина)».

Приложение 5

к приказу министерства социального
развития, опеки и попечительства
Иркутской области

«12» сентября 2025 года № 53-79-ин/р

«Приложение

к Положению об организации проведения
детских инклюзивных творческих игр в
Иркутской области и об организации
участия победителей детских
инклюзивных творческих игр в Иркутской
области в Международных детских
инклюзивных творческих Играх

ЗАЯВКА¹
НА УЧАСТИЕ В ДЕТСКИХ ИНКЛЮЗИВНЫХ ТВОРЧЕСКИХ ИГРАХ
В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

1. Наименование муниципального образования _____
2. Фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального исполнителя _____
 - 2.1. Номер телефона _____
 - 2.2. Номер СНИЛС _____
 - 2.3. Дата рождения (число, месяц, год) _____
3. Полное наименование коллектива, количество участников _____
 - 3.1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) каждого участника коллектива с указанием: _____
 - 3.1.1. Номера СНИЛС _____
 - 3.1.2. Даты рождения (число, месяц, год) _____
4. Нозология, группа инвалидности, справка медико-социальной экспертизы _____
5. Адрес места жительства каждого участника (полностью) _____
6. Номинация с указанием подноминации _____
7. Возрастная группа _____
8. Конкурсный репертуар, хронометраж номера _____
9. Ссылка на сайт в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», видеохостинг или облачное хранилище _____

¹ Заявка должна быть заполнена в печатном варианте и отправлена в адрес организаторов в двух вариантах: форматах word и pdf.

10. Фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя индивидуального исполнителя, коллектива, номер мобильного телефона, e-mail _____

Достоверность указанных в заявке сведений подтверждаю. Об ответственности за недостоверность представленных сведений предупрежден (предупреждена).

«__» _____ 20__ г.

(подпись и расшифровка подписи гражданина)».

Приложение 6
к приказу министерства социального
развития, опеки и попечительства
Иркутской области
«12» сентября 2025 года № 53-79-инр

«Приложение 1
к Положению о порядке проведения
выставки форума «И невозможное
возможно...»

ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ УЧАСТИИ В КОНКУРСЕ

В государственное учреждение Иркутской области, подведомственное
министерству социального развития, опеки и попечительства Иркутской
области, _____

расположенное по адресу: _____

от гражданина _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) полностью, день, месяц и год рождения)
адрес места жительства (пребывания): _____

номер телефона: _____

данные документа, удостоверяющего личность гражданина (паспорт):
серия _____ № _____, выдан (кем и когда) _____

В случае подачи заявления представителем гражданина: _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя сопровождающего гражданина,
день, месяц и год рождения)
действующего на основании _____

(документ, подтверждающий полномочия представителя гражданина)
адрес места жительства (пребывания): _____

номер телефона: _____

данные документа, удостоверяющего личность представителя гражданина
(паспорт): серия _____ № _____ выдан (кем и когда) _____

Прошу допустить к участию в конкурсе среди работ, представленных участниками выставки-форума «И невозможное возможно...».

К заявлению прилагаю:

1. _____;
2. _____;
3. _____;
4. _____.

Достоверность указанных в заявлении сведений подтверждаю. Об ответственности за недостоверность представленных сведений предупрежден (предупреждена).

«___» _____ 20___ г.

(подпись и расшифровка подписи гражданина)».

Приложение 7

к приказу министерства социального
развития, опеки и попечительства
Иркутской области

«12» сентября 2025 года № 53-79-ин/р

«Приложение

к Порядку предоставления инвалидам и
детям-инвалидам, проживающим на
территории Иркутской области, которым
установлен кохлеарный имплантат,
ежегодной денежной выплаты на замену и
(или) ремонт комплектующих внешней
части системы кохлеарной имплантации,
приобретение элементов питания к
системе кохлеарной имплантации

ЗАЯВЛЕНИЕ

**О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ИНВАЛИДАМ И ДЕТЯМ-ИНВАЛИДАМ,
ПРОЖИВАЮЩИМ НА ТЕРРИТОРИИ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ,
КОТОРЫМ УСТАНОВЛЕН КОХЛЕАРНЫЙ ИМПЛАНТАТ,
ЕЖЕГОДНОЙ ДЕНЕЖНОЙ ВЫПЛАТЫ НА ЗАМЕНУ И (ИЛИ)
РЕМОНТ КОМПЛЕКТУЮЩИХ ВНЕШНЕЙ ЧАСТИ СИСТЕМЫ
КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ, ПРИОБРЕТЕНИЕ ЭЛЕМЕНТОВ
ПИТАНИЯ К СИСТЕМЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ**

В государственное учреждение Иркутской области, подведомственное
министерству социального развития, опеки и попечительства Иркутской
области, _____

расположенное по адресу: _____

от гражданина _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) полностью, день, месяц и год рождения)
адрес места жительства (пребывания): _____

номер телефона: _____

СНИЛС: _____

данные документа, удостоверяющего личность гражданина (паспорт):
серия _____ № _____, выдан (кем и когда) _____

В случае подачи заявления представителем гражданина: _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя сопровождающего гражданина,
день, месяц и год рождения)
действующего на основании _____

(документ, подтверждающий полномочия представителя гражданина)
адрес места жительства (пребывания): _____

номер телефона: _____

данные документа, удостоверяющего личность представителя гражданина
(паспорт): серия _____ № _____ выдан (кем и когда) _____

Прошу предоставить ежегодную денежную выплату на замену и (или)
ремонт комплектующих внешней части системы кохлеарной имплантации,
приобретение элементов питания к системе кохлеарной имплантации
(далее – выплата).

О принятии решения о предоставлении выплаты (об отказе в
предоставлении выплаты) прошу уведомить следующим способом: _____

(лично, через организации почтовой связи, посредством электронной почты)
Выплату прошу направить (указать способ, реквизиты и наименование
организации): _____

(на счет, открытый в банке или иной кредитной организации, либо через
организации федеральной почтовой связи)

К заявлению прилагаю:

1. _____;
2. _____;
3. _____;
4. _____;
5. _____;
6. _____;
7. _____.

Достоверность указанных в заявлении сведений подтверждаю. Об
ответственности за недостоверность представленных сведений предупрежден
(предупреждена).

«___» _____ 20__ г.

(подпись и расшифровка подписи гражданина)».