Приложение 4

к Порядку,

размерам и условиям

возмещения беременным

женщинам, проживающим

в труднодоступных местностях

Республики Коми,

расходов на проезд

в медицинские организации,

подведомственные органам

исполнительной власти

Республики Коми,

оказывающие медицинскую помощь

в период беременности и родов,

к месту консультации,

родоразрешения и обратно

(введено Постановлением Правительства РК от 29.07.2015 N 342)

(форма)

Бланк государственного учреждения Республики Коми

"Центр по предоставлению государственных услуг в сфере

социальной защиты населения

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_"

(название города, района)

СПРАВКА

от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. N \_\_\_\_

о выплате (невыплате) возмещения расходов на проезд в медицинские

организации, подведомственные органам исполнительной власти

Республики Коми, оказывающие медицинскую помощь в период

беременности и родов, к месту консультации, родоразрешения

и обратно в соответствии с Законом Республики Коми

"О социальной поддержке населения в Республике Коми"

1. Дана гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(фамилия, имя, отчество)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование документа, удостоверяющего личность |  | Кем выдан и дата выдачи |  |
| Серия и номер документа |  | Дата рождения |  |

2. Дана представителю гражданина:

фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

полный адрес места жительства/места пребывания (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_\_,

телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование документа, удостоверяющего личность представителя гражданина |  | Кем выдан и дата выдачи |  |
| Серия и номер документа |  | Дата рождения |  |
| Наименование документа, подтверждающего полномочия представителя гражданина |  | | |
| Номер документа |  | Кем выдан и дата выдачи |  |

в том, что ей (ему) было произведено возмещение расходов на проезд в

медицинские организации, подведомственные органам исполнительной власти

Республики Коми, оказывающие медицинскую помощь в период беременности и

родов, к месту консультации, родоразрешения и обратно:

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

3. (Заполняется в случае, если произведено возмещение расходов):

|  |  |
| --- | --- |
| Основание для возмещения расходов |  |
| Дата назначения выплаты |  |
| Сумма произведенной выплаты |  |

Директор центра

по предоставлению

государственных услуг \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись расшифровка подписи

М.П.