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.