



**Министерство труда и социальной защиты населения  
Ставропольского края**

---

**П Р И К А З**

13 мая 2020 г.

г. Ставрополь

№ 136

Об утверждении форм заявлений для назначения и выплаты единовременного социального пособия медицинским работникам и иным категориям работников в случае заражения их новой коронавирусной инфекцией COVID-19 при исполнении ими своих трудовых (должностных) обязанностей, а также членам их семей

В соответствии с пунктами 4 и 5 Порядка назначения и выплаты единовременного социального пособия медицинским работникам и иным категориям работников в случае заражения их новой коронавирусной инфекцией COVID-19 при исполнении ими своих трудовых (должностных) обязанностей, утвержденного постановлением Правительства Ставропольского края от 02 мая 2020 г. № 230-п

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить прилагаемые формы:

1.1. Заявления о назначении и выплате единовременного социального пособия медицинскому работнику или иному работнику в случае заражения его коронавирусной инфекцией при надлежащем исполнении им своих трудовых (должностных) обязанностей.

1.2. Заявления о назначении и выплате единовременного социального пособия члену семьи медицинского работника или иного работника, умершего в результате заражения коронавирусной инфекцией при надлежащем исполнении им своих трудовых (должностных) обязанностей.

2. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя министра Чижик Е.В.

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

Министр



И.И.Ульянченко

## УТВЕРЖДЕНА

приказом министерства труда  
и социальной защиты населения  
Ставропольского края

Форма

Министерство труда и  
социальной защиты населения  
Ставропольского края

### ЗАЯВЛЕНИЕ

о назначении и выплате единовременного социального пособия медицинскому работнику или иному работнику в случае заражения его новой коронавирусной инфекцией при надлежащем исполнении им своих трудовых (должностных) обязанностей

Гр. \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество заявителя полностью)  
\_\_\_\_\_ года рождения, паспорт (иной документ, удостоверяющий личность) \_\_\_\_\_,  
(серия, номер, дата выдачи, выдавший орган)  
проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_.  
Тел. \_\_\_\_\_

Прошу назначить и выплатить мне единовременное социальное пособие в соответствии с Законом Ставропольского края от 30 апреля 2020 г. № 58-кз «О дополнительных социальных гарантиях медицинским работникам и иным категориям работников в случае заражения их новой коронавирусной инфекцией COVID-19 при исполнении ими своих трудовых (должностных) обязанностей»

Для назначения и выплаты единовременного социального пособия представляю следующие документы:

№ п/п	Наименование документов	Кол. экз.
1	2	3
1.	Паспорт или иной документ, удостоверяющий личность	
2.	Копия трудовой книжки медицинского работника или иного работника, заверенная работодателем	
3.	Выписка из медицинской карты амбулаторного и (или) стационарного больного, являющегося медицинским работни-	

1	2	3
	ком или иным работником	
4.	Акт о несчастном случае на производстве, составленный работодателем медицинского работника или иного работника по форме, установленной постановлением Министерства труда и социального развития Российской Федерации от 24 октября 2002 г. № 73 «Об утверждении форм документов, необходимых для расследования и учета несчастных случаев на производстве, и положения об особенностях расследования несчастных случаев на производстве в отдельных отраслях и организациях» и(или) Акт о случае профессионального заболевания, составленный в порядке и по форме, установленным постановлением Правительства Российской Федерации от 15 декабря 2000 г. № 967 «Об утверждении Положения о расследовании и учете профессиональных заболеваний»	
5.	Акт о случае профессионального заболевания, составленный в порядке и по форме, установленным постановлением Правительства Российской Федерации от 15 декабря 2000 г. № 967 «Об утверждении Положения о расследовании и учете профессиональных заболеваний»	

Прошу перечислить единовременное социальное пособие на лицевой счет \_\_\_\_\_, открытый в \_\_\_\_\_.  
(номер лицевого счета) (наименование кредитной организации)

Согласен(на) на обработку моих персональных данных в целях назначения и выплаты единовременного социального пособия \_\_\_\_\_.  
(подпись)

Уведомление о принятом решении прошу направить по почтовому адресу \_\_\_\_\_ или по адресу электронной почты \_\_\_\_\_.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_  
(подпись) (ФИО заявителя)

-----  
 линия отреза

### Расписка-уведомление о приеме документов

Заявление и документы гр. \_\_\_\_\_  
(ФИО заявителя)

приняты \_\_\_\_\_ и зарегистрированы \_\_\_\_\_.  
(ФИО, подпись лица, принявшего документы) (дата, №)

Телефон для справок: \_\_\_\_\_

УТВЕРЖДЕНА

приказом министерства труда  
и социальной защиты населения  
Ставропольского края

Форма

Министерство труда и  
социальной защиты населения  
Ставропольского края

ЗАЯВЛЕНИЕ

о назначении и выплате единовременного социального пособия члену семьи  
медицинского работника или иного работника, умершего в результате зара-  
жения новой коронавирусной инфекцией при надлежащем исполнении им  
своих трудовых (должностных) обязанностей

Гр. \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество заявителя полностью)

\_\_\_\_\_ года рождения, паспорт (иной документ, удостоверяющий лич-  
ность) \_\_\_\_\_,

(серия, номер, дата выдачи, выдавший орган)

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_.

Тел. \_\_\_\_\_.

Прошу назначить и выплатить мне единовременное социальное посо-  
бие в соответствии с Законом Ставропольского края от 30 апреля 2020 г.  
№ 58-кз «О дополнительных социальных гарантиях медицинским работни-  
кам и иным категориям работников в случае заражения их новой коронави-  
русной инфекцией COVID-19 при исполнении ими своих трудовых (долж-  
ностных) обязанностей» как члену семьи умершего медицинского (иного)  
работника \_\_\_\_\_.

(ФИО)

Сообщаю информацию о членах семьи умершего медицинского (иного)  
работника \_\_\_\_\_,

(ФИО)

имеющих право на единовременное социальное пособие:

№ п/п	ФИО члена семьи	Дата рождения	Степень родства
1.			
2.			

...			
...			
...			
...			

Для назначения и выплаты единовременного социального пособия представляю следующие документы:

№ п/п	Наименование документов	Кол. экз.
1	2	3
1.	Паспорт или иной документ, удостоверяющий личность члена семьи умершего медицинского или иного работника, в том числе ребенка, достигшего 14-летнего возраста	
2.	Документы, подтверждающие родство и (или) свойство умершего медицинского работника или иного работника с каждым членом его семьи	
3.	Свидетельство о смерти умершего медицинского работника или иного работника*	
4.	Решение суда об установлении факта нахождения на иждивении (для лиц, находившихся на полном содержании умершего медицинского работника или иного работника или получавших от него помощь, которая была для них постоянным и основным источником средств к существованию, а также иных лиц, признанных иждивенцами)	
5.	Акт о несчастном случае на производстве, составленный работодателем медицинского работника или иного работника по форме, установленной постановлением Министерства труда и социального развития Российской Федерации от 24 октября 2002 г. № 73 «Об утверждении форм документов, необходимых для расследования и учета несчастных случаев на производстве, и положения об особенностях расследования несчастных случаев на производстве в отдельных отраслях и организациях»*	
6.	Выписка из медицинской карты стационарного больного умершего медицинского работника или иного работника*	
7.	Копия заключения учреждения судебно-медицинской экс-	

1	2	3
	<p>пертизы о причине смерти медицинского работника или иного работника, заверенная должностным лицом или органом (в случае назначения судебно-медицинской экспертизы), или копия медицинского свидетельства о смерти, заверенная выдавшей его медицинской организацией, в котором отражено заключение о причине смерти и диагнозе заболевания по результатам патолого-анатомического вскрытия, составленного по форме, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 декабря 2008 г. № 782н «Об утверждении и порядке ведения медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти»*</p>	

Прошу перечислить единовременное социальное пособие на лицевой счет \_\_\_\_\_, открытый в \_\_\_\_\_.

(номер лицевого счета)

(наименование кредитной организации)

Согласен(на) на обработку моих персональных данных в целях назначения и выплаты единовременного социального пособия \_\_\_\_\_.

(подпись)

Уведомление о принятом решении прошу направить по почтовому адресу \_\_\_\_\_ или по адресу электронной почты \_\_\_\_\_.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_

(подпись)

(ФИО заявителя)

-----  
линия отреза

### Расписка-уведомление о приеме документов

Заявление и документы гр. \_\_\_\_\_

(ФИО заявителя)

приняты \_\_\_\_\_ и зарегистрированы \_\_\_\_\_.

(ФИО, подпись лица, принявшего документы)

(дата, №)

Телефон для справок: \_\_\_\_\_

\* Документы представляются одним из членов семьи умершего медицинского работника или иного работника