

**Қызметкерлердің өмірі мен денсаулығына келтірілген зиянды өтеу жөніндегі төлемдерді капиталдандыру кезеңі аяқталғаннан кейін банкроттық салдарынан таратылған заңды тұлғалардың Қазақстан Республикасының азаматтарына ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік көмекті жүзеге асыруға арналған нысандарды бекіту туралы**

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2016 жылғы 31 мамырдағы № 466 бұйрығы. Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде 2016 жылы 7 шілдеде № 13887 болып тіркелді

Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2011 жылғы 25 мамырдағы № 571 қаулысымен бекітілген Қызметкерлердің өмірі мен денсаулығына келтірілген зиянды өтеу жөніндегі төлемдерді капиталдандыру кезеңі аяқталғаннан кейін банкроттық салдарынан таратылған заңды тұлғалардың Қазақстан Республикасының азаматтарына ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік көмекті жүзеге асыру қағидаларының 2, 4, 5, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 27, 28-тармақтарына сәйкес **БҰЙЫРАМЫН:**

1. М ы н а л а р :

1) осы бұйрыққа 1-қосымшаға сәйкес ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік көмекті тағайындауға өтініштің нысаны;

2) осы бұйрыққа 2-қосымшаға сәйкес ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік көмекті тағайындауға өтінішті қабылдаудан бас тарту туралы қолхаттың нысаны;

3) осы бұйрыққа 3-қосымшаға сәйкес тағайындау туралы азаматтардың өтініштерін тіркеудің электрондық журналының нысаны;

4) осы бұйрыққа 4-қосымшаға сәйкес ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік көмекті тағайындау (тағайындаудан бас тарту) туралы шешімнің нысаны;

5) осы бұйрыққа 5-қосымшаға сәйкес тағайындау (тағайындаудан бас тарту) туралы х а б а р л а м а н ы ң н ы с а н ы ;

6) осы бұйрыққа 6-қосымшаға сәйкес хабарламалар журналының нысаны;

7) осы бұйрыққа 7-қосымшаға сәйкес sms-хабарлар журналының нысаны;

8) осы бұйрыққа 8-қосымшаға сәйкес ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік көмектің мөлшерін арттыру туралы электрондық шешім жобасының нысаны;

9) осы бұйрыққа 9-қосымшаға сәйкес ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік көмекті алуға құқығы бар адамның қағаз нұсқадағы ісінің нысаны;

10) осы бұйрыққа 10-қосымшаға сәйкес ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік көмекті алушының қағаз нұсқадағы ісіне сұрау салуға өтініштің нысаны;

11) осы бұйрыққа 11-қосымшаға сәйкес анықтама-аттестаттың нысаны;

12) осы бұйрыққа 12-қосымшаға сәйкес ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік

көмекті төлеуді тоқтата тұру туралы шешімнің нысаны;

13) осы бұйрыққа 13-қосымшаға сәйкес ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік көмекті төлеуді тоқтату туралы шешімнің нысаны бекітілсін.

2. Әлеуметтік қамсыздандыру және әлеуметтік сақтандыру департаменті заңнамада белгіленген тәртіппен:

1) осы бұйрықты Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркеуді;

2) осы бұйрық Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркелгеннен кейін күнтізбелік он күн ішінде оның көшірмесін мерзімді баспа басылымдарында және «Әділет» ақпараттық-құқықтық жүйесінде ресми жариялауға, сондай-ақ Қазақстан Республикасының нормативтік құқықтық актілерінің Эталондық бақылау банкіне енгізу үшін Республикалық құқықтық ақпарат орталығына баспа және электрондық түрде жіберуді;

3) осы бұйрықты Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігінің ресми интернет-ресурсында орналастыруды;

4) осы бұйрық Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркелгеннен кейін он жұмыс күні ішінде Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігінің Заң қызметі департаментіне осы тармақтың 1), 2) және 3) тармақшаларында көзделген іс-шаралардың орындалуы туралы мәліметтерді ұсынуды қамтамасыз етсін.

3. Осы бұйрықтың орындалуын бақылау Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму вице-министрі С.Қ. Жақыповаға жүктелсін.

4. Осы бұйрық алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі.

|               |                  |                 |
|---------------|------------------|-----------------|
|               | Қазақстан        | Республикасының |
|               | Денсаулық сақтау | және әлеуметтік |
| даму министрі | Т. Дүйсенова     |                 |

|              |                 |                 |
|--------------|-----------------|-----------------|
|              | Қазақстан       | Республикасының |
| Ақпарат және | коммуникациялар |                 |
|              | министрі        |                 |
|              | Д.              | Абаев           |

2016 жылғы 3 маусым

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің

2016 жылғы 31 мамырдағы

№ 466 бұйрығына

1-қосымша

Нысан

Ауданның коды \_\_\_\_\_  
Қазақстан Республикасы Еңбек,  
әлеуметтік қорғау және көші-қон комитетінің  
\_\_\_\_\_ облысы (қаласы) бойынша департаменті

**Ай сайынғы төлемдер  
түріндегі әлеуметтік көмекті тағайындауға  
өтініш**

Азамат (ша) \_\_\_\_\_  
(өтініш берушінің тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)  
Туған күні 19\_\_жылғы « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_,  
Жеке сәйкестендіру нөмірі: \_\_\_\_\_  
Жеке басын куәландыратын құжаттың түрі: \_\_\_\_\_  
Құжаттың сериясы: \_\_\_\_\_ құжаттың нөмірі: \_\_\_\_\_ кім берген: \_\_\_\_\_  
Берілген күні: \_\_\_\_\_ жылғы «\_\_» \_\_\_\_\_  
Тұрақты тұратын жерінің мекенжайы: \_\_\_\_\_  
Облыс \_\_\_\_\_  
қала (аудан) \_\_\_\_\_ ауыл \_\_\_\_\_  
көше (шағынаудан) \_\_\_\_\_ үй, \_\_\_\_\_ пәтер  
Банк деректемелері:  
Банктің атауы \_\_\_\_\_  
Банк шотының № \_\_\_\_\_  
Шот түрі: ағымдағы \_\_\_\_\_ карта шоты \_\_\_\_\_  
(қажеттісінің асты сызылсын)

Маған бұрын капиталдандырылған және зиянды өтеу үшін біржолғы сома төленген кезеңнің аяқталуына байланысты ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік көмекті тағайындауды (қалпына келтіруді) сұраймын.

Төленетін ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік көмек мөлшерінің өзгеруіне әкеп соғуы мүмкін барлық өзгерістер, сондай-ақ тұрғылықты жерімнің өзгеруі (оның ішінде Қазақстан Республикасының шегінен тыс жерлерге кету), сауалнама деректерінің, банк деректемелерінің өзгеруі туралы «Азаматтарға арналған үкімет» мемлекеттік корпорациясының бөлімшесіне күнтізбелік 10 күн ішінде хабарлауға міндеттенемін.

«Азаматтарға арналған үкімет» мемлекеттік корпорациясының бөлімшесіне ұсынылған құжаттардың түпнұсқалылығы үшін құқықтық жауапкершілікті мойныма аламын.

Өтінішке қоса берілген құжаттардың тізбесі:

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

| Р / с<br>№ | Құжаттың атауы | Құжаттағы парақтардың саны | Ескертпе |
|------------|----------------|----------------------------|----------|
| 1          |                |                            |          |
| 2          |                |                            |          |
| 3          |                |                            |          |

Төлем тағайындауға қажетті менің дербес деректерімді жинауға және өңдеуге келісім беремін.

Бұрын капиталдандырылған және зиянды өтеу үшін біржолғы сома төленген кезеңнің аяқталуына байланысты ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік көмекті тағайындау (тағайындаудан бас тарту) туралы шешім қабылдау жөнінде ұялы телефонға sms-хабар жіберу арқылы хабарлауға келісім беремін.

Мемлекеттік қызметті «Азаматтарға арналған үкімет» мемлекеттік корпорациясы арқылы алған жағдайда ақпараттық жүйелерде қамтылған, заңмен қорғалатын құпияны құрайтын мәліметтерді пайдалануға келісім беремін.

Өтініш берушінің байланыс деректері:  
 үй телефоны \_\_\_\_\_ ұялы телефоны \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
 өтініш берген күні: 20 \_\_\_\_ жылғы « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_  
 Өтініш берушінің қолы \_\_\_\_\_

( қ и ю с ы з ы ғ ы )

Азамат (ша) \_\_\_\_\_  
 өтініші № \_\_\_\_ болып тіркелді. Құжаттар қабылданған күн 20 \_\_\_\_ жылғы  
 « \_ \_ \_ \_ » \_ \_ \_ \_

құжаттарды қабылдаған адамның тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) және қолы

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің

2016 жылғы 31 мамырдағы

№ 466 бұйрығына

2-қосымша

Нысан

**Ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік көмекті тағайындауға өтінішті қабылдаудан бас тарту туралы қолхат**

20\_\_ жылғы «\_\_» \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Азамат (ша) \_\_\_\_\_  
(өтініш берушінің тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Туған күні \_\_\_\_\_ жылғы «\_\_» \_\_\_\_\_

Қамқоршы \_\_\_\_\_  
(тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Жүгінген күні 20\_\_ жылғы «\_\_» \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (себебі көрсетілсін)  
тағайындауға өтініш қабылдаудан бас тартылды

(жауапты адамның тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) және лауазымы)

Қазақстан Республикасы Денсаулық  
сақтау және әлеуметтік даму министрінің  
2016 жылғы 31 мамырдағы  
№ 466 бұйрығына

3-қосымша

Нысан

## Тағайындау туралы азаматтардың өтініштерін тіркеудің электрондық журналы

| Өтініштің<br>№ | Тіркеу күні | Жүгіну<br>күні | Бөлімше<br>коды | Істің № | Өтініш берушінің жеке<br>сәйкестендіру нөмірі | Өтініш берушінің тегі, аты,<br>әкесінің аты (бар болса) |
|----------------|-------------|----------------|-----------------|---------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1              | 2           | 3              | 4               | 5       | 6                                             | 7                                                       |
|                |             |                |                 |         |                                               |                                                         |

(кестенің жалғасы)

| Туған<br>күні | Төлемнің түрі | Маман | Шешімнің<br>тағайындаудан бас тарту<br>күні | Төлемнің<br>мөлшері | Тағайындау<br>күні | Тағайындау түрі |
|---------------|---------------|-------|---------------------------------------------|---------------------|--------------------|-----------------|
| 8             | 9             | 10    | 11                                          | 12                  | 13                 | 14              |
|               |               |       |                                             |                     |                    |                 |

Қазақстан Республикасы Денсаулық  
сақтау және әлеуметтік даму министрінің

2016 жылғы 31 мамырдағы

№ 466 бұйрығына

4-қосымша

Нысан

К о д \_ \_ \_ \_ \_

Облыс (қала) \_\_\_\_\_

**Ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік көмекті  
тағайындау (тағайындаудан бас тарту) туралы шешім**

Еңбек, әлеуметтік қорғау және көші-қон комитетінің  
\_\_\_\_\_ облысы (қаласы) бойынша  
д е п а р т а м е н т і

20\_\_\_\_\_ жылғы « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
І с т і ң № \_\_\_\_\_

Азамат (ша) \_\_\_\_\_

Жеке сәйкестендіру нөмірі \_\_\_\_\_

Туған күні \_\_\_\_\_

Жүгінген күні \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Капиталдандырылған төлемдер сомасы \_\_\_\_\_

Капиталдандыру кезеңі \_\_\_\_\_

Тағайындау күні \_\_\_\_\_

Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі \_\_\_\_\_ (%-бен)

Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі \_\_\_\_\_

мерзімге \_\_\_\_\_ дейін \_\_\_\_\_ белгіленді.

1. Ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік көмек Қазақстан  
Республикасы Азаматтық кодексінің (Ерекше бөлім) 945-бабының  
4-тармағына \_\_\_\_\_ сәйкес \_\_\_\_\_ тағайындалсын

Ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік көмектің мөлшері  
\_\_\_\_\_ бастап \_\_\_\_\_ дейін \_\_\_\_\_ теңге (\_\_\_\_\_ теңге)  
(сомасы жазбаша)

2. Ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік көмекті  
тағайындаудан \_\_\_\_\_ бас \_\_\_\_\_ тартылсын:

\_\_\_\_\_ (бас тарту негіздемесі)

Департамент директоры \_\_\_\_\_  
(тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (қолы))

Департамент басқармасының \_\_\_\_\_  
(бөлімінің) бастығы (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (қолы))

Департаменттің тағайындау  
жөніндегі маманы \_\_\_\_\_

(тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (қолы)

Шешім жобасын дайындаған:

«Азаматтарға арналған үкімет» мемлекеттік корпорациясының  
жауапты адамдары

\_\_\_\_\_  
(тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)

Қазақстан Республикасы Денсаулық  
сақтау және әлеуметтік даму министрінің  
2016 жылғы 31 мамырдағы  
№ 466 бұйрығына  
5-қосымша  
Нысан

### Тағайындау (тағайындаудан бас тарту) туралы хабарлама

20\_\_ жылғы «\_\_» \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
Азамат (ша) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)

Туған күні \_\_\_\_\_ жылғы «\_\_» \_\_\_\_\_

Тағайындау (тағайындаудан бас тарту) туралы 20\_\_ жылғы  
«\_\_» \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ шешім

Тағайындалған ақша қаражатының сомасы: 20\_\_ жылғы «\_\_»  
\_\_\_\_\_ бастап

\_\_\_\_\_ теңге

(сомасы жазбаша)

\_\_\_\_\_  
негіздеме (себебі көрсетілсін)

тағайындаудан бас тартылды

Хабарлама жауапты адамның ЭЦҚ-сымен куәландырылды

\_\_\_\_\_  
(жауапты адамның лауазымы және тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)

Қазақстан Республикасы Денсаулық  
сақтау және әлеуметтік даму министрінің  
2016 жылғы 31 мамырдағы  
№ 466 бұйрығына  
6-қосымша

Нысан

Хабарламалар журналы

(төлемнің түрі)

«Азаматтарға арналған үкімет» мемлекеттік корпорациясының бөлімшесі бойынша

| Р/с № | Ж е к е сәйкестендіру нөмірі | Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) | Туған күні | Істің № | Төлемнің түрі | Хабарламаны табыстау күні | Маман |
|-------|------------------------------|-------------------------------------|------------|---------|---------------|---------------------------|-------|
|       |                              |                                     |            |         |               |                           |       |
|       |                              |                                     |            |         |               |                           |       |
|       |                              |                                     |            |         |               |                           |       |

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2016 жылғы 31 мамырдағы № 466 б ұ й р ы ғ ы н а 7-қосымша Нысан

Sms-хабарлар журналы

(төлемнің түрі)

«Азаматтарға арналған үкімет» мемлекеттік корпорациясының бөлімшесі бойынша

| Р/с № | Ж е к е сәйкестендіру нөмірі | Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) | Туған күні | Істің № | Төлемнің түрі | sms-хабар жіберу күні | Телефон нөмірі | Маман |
|-------|------------------------------|-------------------------------------|------------|---------|---------------|-----------------------|----------------|-------|
|       |                              |                                     |            |         |               |                       |                |       |
|       |                              |                                     |            |         |               |                       |                |       |
|       |                              |                                     |            |         |               |                       |                |       |

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2016 жылғы 31 мамырдағы № 466 б ұ й р ы ғ ы н а 8-қосымша Нысан

К о д \_ \_ \_ \_ \_

Облыс (қала) \_\_\_\_\_

**Ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік көмектің  
мөлшерін арттыру туралы электрондық шешім жобасы**

Еңбек, әлеуметтік қорғау және көші-қон комитетінің  
\_\_\_\_\_ облысы (қаласы) бойынша департаменті  
20\_\_\_\_\_ жылғы « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
Істің № \_\_\_\_\_  
Азамат (ша) \_\_\_\_\_  
(тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)  
Туған күні 20\_\_\_\_\_ жылғы « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_  
Тағайындау күні 20\_\_\_\_\_ жылғы « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_  
Ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік көмектің мөлшері 20\_\_\_\_  
жылғы « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ дейін \_\_\_\_\_ теңге

(с о м а с ы ж а з б а ш а )

Ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік көмектің мөлшері  
\_\_\_\_\_ сәйкес арттырылсын  
(нормативтік құқықтық актінің атауы, нөмірі және күні)  
Ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік көмектің мөлшері  
20\_\_\_\_ жылғы \_\_\_\_\_ бастап \_\_\_\_\_ теңге  
(с о м а с ы ж а з б а ш а )

Департамент директоры \_\_\_\_\_  
(тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (қолы)  
Департамент басқармасының \_\_\_\_\_  
(бөлімінің) бастығы (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (қолы)  
Департаменттің тағайындау  
жөніндегі маманы \_\_\_\_\_  
(тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (қолы)

Шешім жобасын дайындаған:  
«Азаматтарға арналған үкімет» мемлекеттік корпорациясының  
жауапты адамдары \_\_\_\_\_  
(тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)

Қазақстан Республикасы Денсаулық  
сақтау және әлеуметтік даму министрінің  
2016 жылғы 31 мамырдағы  
№ 466 бұйрығына

9-қосымша

Нысан

Ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік көмекті алуға құқығы бар адамның қағаз нұсқадағы ісі

|                                                                                                      |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік көмекті алуға құқығы бар адамның қағаз нұсқадағы ісі № ____ |  |
| Қазақстан Республикасы                                                                               |  |
| Облыс                                                                                                |  |
| Қала (аудан)                                                                                         |  |
| Телефон                                                                                              |  |
| Төлемнің түрі                                                                                        |  |
| Тегі                                                                                                 |  |
| Аты                                                                                                  |  |
| Әкесінің аты (бар болса)                                                                             |  |
| Банк филиалы                                                                                         |  |
| № байланыс бөлімшесі                                                                                 |  |
| Төлеу кестесі                                                                                        |  |

Есепке қабылдау және есептен шығару туралы белгілер

|          |       |             |         |                     |             |
|----------|-------|-------------|---------|---------------------|-------------|
| Есептен  | 20__  | жылғы       | «__»    | _____               | шығарылсын  |
| Төлемнің |       | түрі        |         | _____               |             |
| Төлемнің |       | мөлшері     |         | _____               | теңге       |
| 20__     | жылғы |             |         | _____ дейін         | төленді     |
| Істегі   |       | парақтардың | саны    | _____               |             |
| М.О.     |       | Бөлімше     | бастығы | _____               |             |
| Есепке   | 20__  | жылғы       | «__»    | _____               | қабылдансын |
| Төлемнің |       | түрі        |         | _____               |             |
| Төлемнің |       | мөлшері     |         | _____ теңге/_____ / |             |
| Істегі   |       | парақтардың | саны    | _____               |             |
| М        |       | О           |         | _____               |             |
| Бөлімше  |       |             | бастығы | _____               |             |
| Есептен  | 20__  | жылғы       | «__»    | _____               | шығарылсын  |
| Төлемнің |       | түрі        |         | _____               |             |
| Төлемнің |       | мөлшері     |         | _____               | теңге       |
| 20__     | жылғы |             |         | _____ дейін         | төленді.    |
| Істегі   |       | парақтардың | саны    | _____               |             |
| М.О.     |       | Бөлімше     | бастығы | _____               |             |
| Есепке   | 20__  | жылғы       | «__»    | _____               | қабылдансын |
| Төлемнің |       | түрі        |         | _____               |             |
| Төлемнің |       | мөлшері     |         | _____ теңге/_____ / |             |
| Істегі   |       | парақтардың | саны    | _____               |             |
| М        |       | О           |         | _____               |             |
| Бөлімше  |       |             | бастығы | _____               |             |

Түгендеу жүргізу туралы белгілер

|     |       |                      |     |       |                      |
|-----|-------|----------------------|-----|-------|----------------------|
| ___ | парақ | _____                | ___ | парақ | _____                |
|     |       | ( кү н і , қ о л ы ) |     |       | ( кү н і , қ о л ы ) |
| ___ | парақ | _____                | ___ | парақ | _____                |
|     |       | ( кү н і , қ о л ы ) |     |       | ( кү н і , қ о л ы ) |
| ___ | парақ | _____                | ___ | парақ | _____                |
|     |       | ( кү н і , қ о л ы ) |     |       | ( кү н і , қ о л ы ) |
| ___ | парақ | _____                | ___ | парақ | _____                |

|       |       |              |       |       |              |
|-------|-------|--------------|-------|-------|--------------|
| _____ | парақ | (күні, қолы) | _____ | парақ | (күні, қолы) |
| _____ | парақ | (күні, қолы) | _____ | парақ | (күні, қолы) |
| _____ | парақ | (күні, қолы) | _____ | парақ | (күні, қолы) |

### Істерді тексеру туралы белгілер

|              |              |      |              |
|--------------|--------------|------|--------------|
| Өкіл         | _____        | Өкіл | _____        |
|              | (күні, қолы) |      | (күні, қолы) |
| Өкіл         | _____        | Өкіл | _____        |
|              | (күні, қолы) |      | (күні, қолы) |
| Өкіл         | _____        | Өкіл | _____        |
|              | (күні, қолы) |      | (күні, қолы) |
| Өкіл         | _____        | Өкіл | _____        |
|              | (күні, қолы) |      | (күні, қолы) |
| Өкіл         | _____        | Өкіл | _____        |
|              | (күні, қолы) |      | (күні, қолы) |
| Өкіл         | _____        | Өкіл | _____        |
| (күні, қолы) | (күні, қолы) |      |              |

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің  
2016 жылғы 31 мамырдағы  
№ 466 бұйрығына  
10-қосымша  
Нысан

Ауданның коды \_\_\_\_\_

Қазақстан Республикасы

«Азаматтарға арналған үкімет» мемлекеттік корпорациясының  
\_\_\_\_\_ облысы бойынша \_\_\_\_\_ бөлімшесі

### Ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік көмекті алушының қағаз нұсқадағы ісіне сұрау салуға өтініш

Азамат (ша) \_\_\_\_\_  
(алушының тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Туған күні: \_\_\_\_\_ жылғы «\_\_» \_\_\_\_\_

Жеке сәйкестендіру нөмірі \_\_\_\_\_

Жеке басты куәландыратын құжаттың түрі: \_\_\_\_\_

Құжаттың сериясы: \_\_\_\_\_ құжаттың нөмірі: \_\_\_\_\_ кім берген: \_\_\_\_\_

Берілген күні: \_\_\_\_\_ жылғы «\_\_» \_\_\_\_\_

Тұрақты тұратын жерінің мекенжайы \_\_\_\_\_

Облыс \_\_\_\_\_

қала (аудан) \_\_\_\_\_ ауыл \_\_\_\_\_

көше (шағынаудан) \_\_\_\_\_ үй \_\_\_\_\_ пәтер \_\_\_\_\_

Ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік көмекті алушының қағаз

нұсқадағы ісін сұратуды сұраймын  
Төленетін ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік көмек  
мөлшерінің өзгеруіне әкеп соғуы мүмкін барлық өзгерістер, сондай-ақ  
тұрғылықты жерімнің (оның ішінде Қазақстан Республикасының шегінен  
тыс жерлерге кету), сауалнама деректерінің, банк деректемелерінің  
өзгеруі туралы «Азаматтарға арналған үкімет» мемлекеттік  
корпорациясының бөлімшесіне күнтізбелік 10 күн ішінде хабарлауға  
міндеттенемін.

Бұрын тұрған жерінің мекенжайы: \_\_\_\_\_

Өтінішке қоса берілген құжаттардың тізбесі:

| Р/с<br>№ | Құжаттың атауы | Құжаттағы парақтардың саны | Ескертпе |
|----------|----------------|----------------------------|----------|
| 1        |                |                            |          |
| 2        |                |                            |          |

Өтініш берушінің байланыс деректері:

үй телефоны \_\_\_\_\_ ұялы телефон \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Дәйексіз мәліметтер мен жасанды құжаттарды ұсынғаны үшін  
жауапкершілік туралы ескертілдім \_\_\_\_\_

Берілген күні 20\_\_ жылғы «\_\_\_» \_\_\_\_\_

Өтініш берушінің қолы \_\_\_\_\_

( қ и ю с ы з ы ғ ы )

Азамат (ша) \_\_\_\_\_ өтініші  
20\_\_ жылғы «\_\_\_» \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ қабылданды

Құжаттарды қабылдаған адамның тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)  
және қолы

Қазақстан Республикасы Денсаулық  
сақтау және әлеуметтік даму министрінің

2016 жылғы 31 мамырдағы

№ 466 бұйрығына

11-қосымша

Нысан

№ \_\_\_\_\_ АНЫҚТАМА-АТТЕСТАТ

20\_\_ жылғы \_\_\_\_\_

Азамат (ша) \_\_\_\_\_

«Азаматтарға арналған үкімет» Мемлекеттік корпорациясының \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ бөлімшесінен ай сайынғы төлемдер түріндегі

әлеуметтік көмекті алып отырды  
1. Ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік көмек 20\_\_ жылғы  
\_\_\_\_\_ дейін \_\_\_\_\_ теңге мөлшерінде төленді  
Қ о с ы м ш а :

Төлем тоқтатылды және «Азаматтарға арналған үкімет» мемлекеттік  
корпорациясының бөлімшесінен есептен алынды

(маманның тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), қызмет телефонының №)  
М . О .

«Азаматтарға арналған үкімет» мемлекеттік корпорациясы  
бөлімшесінің бастығы \_\_\_\_\_  
(тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

«Азаматтарға арналған үкімет» мемлекеттік корпорациясы  
бөлімшесінің маманы \_\_\_\_\_  
(тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) қызмет телефонының №)

Қазақстан Республикасы Денсаулық  
сақтау және әлеуметтік даму министрінің  
2016 жылғы 31 мамырдағы  
№ 466 бұйрығына  
12-қосымша  
Нысан

К о д \_\_\_\_\_

Облыс (қала) \_\_\_\_\_

## Ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік көмекті төлеуді тоқтата тұру туралы шешім

20\_\_ жылғы «\_\_\_» \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
Еңбек, әлеуметтік қорғау және көші-қон комитетінің  
\_\_\_\_\_ облысы бойынша департаменті  
І с т і ң № \_\_\_\_\_

Азамат (ша) \_\_\_\_\_  
Жынысы \_\_\_\_\_ Туған күні 19\_\_ жылғы «\_\_\_» \_\_\_\_\_  
Төлем 20\_\_ жылғы «\_\_\_» \_\_\_\_\_ бастап тоқтатыла тұрсын.  
Негіздеме \_\_\_\_\_  
(себебі көрсетілсін)

Департамент басшысы \_\_\_\_\_  
(тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Басқарма (бөлім) басшысы \_\_\_\_\_  
(тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Маман \_\_\_\_\_  
(тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Шешімнің жобасын дайындаған:  
«Азаматтарға арналған үкімет» мемлекеттік корпорациясының  
жауапты адамдары

\_\_\_\_\_  
(тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))  
Қазақстан Республикасы Денсаулық  
сақтау және әлеуметтік даму министрінің  
2016 жылғы 31 мамырдағы  
№ 466 бұйрығына  
13-қосымша  
Нысан

Код \_\_\_\_\_

Облыс (қала) \_\_\_\_\_

**Ай сайынғы төлемдер түріндегі әлеуметтік  
көмекті төлеуді тоқтату туралы шешім**

20\_\_ жылғы «\_\_» \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Еңбек, әлеуметтік қорғау және көші-қон комитетінің

\_\_\_\_\_ облысы бойынша департаменті

Істің № \_\_\_\_\_

Азамат (ша) \_\_\_\_\_

Жынысы \_\_\_\_\_ Туған күні 19\_\_ жылғы «\_\_» \_\_\_\_\_

Төлем 20\_\_ жылғы «\_\_» \_\_\_\_\_ бастап тоқтатылсын

Негіздеме \_\_\_\_\_

(себебі көрсетілсін)

Департамент басшысы \_\_\_\_\_

(тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Басқарма (бөлім) басшысы \_\_\_\_\_

(тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Маман \_\_\_\_\_

(тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Шешімнің жобасын дайындаған:  
«Азаматтарға арналған үкімет» мемлекеттік корпорациясының  
жауапты адамдары

---

(тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

© 2012. Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінің «Қазақстан Республикасының Заңнама және құқықтық ақпарат институты» ШЖҚ РМК