

**Об утверждении форм, предназначенных для осуществления социальной помощи в виде ежемесячных выплат гражданам Республики Казахстан после завершения периода капитализации платежей по возмещению вреда, причиненного жизни или здоровью работников юридическими лицами, ликвидированными вследствие банкротства**

Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 31 мая 2016 года № 466. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 7 июля 2016 года № 13887.

      В соответствии с пунктами 2, 4, 5, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 27, 28 Правил осуществления социальной помощи в виде ежемесячных выплат гражданам Республики Казахстан после завершения периода капитализации платежей по возмещению вреда, причиненного жизни и здоровью работников юридическими лицами, ликвидированными вследствие банкротства, утвержденных постановлением Правительства Республики Казахстан от 25 мая 2011 года № 571, **ПРИКАЗЫВАЮ:**

      1. Утвердить:

      1) форму заявления на назначение социальной помощи в виде ежемесячных выплат согласно приложению 1 к настоящему приказу;

      2) форму расписки об отказе в приеме заявления на назначение социальной помощи в виде ежемесячных выплат согласно приложению 2 к настоящему приказу;

      3) форму электронного журнала регистрации заявлений граждан о назначении согласно приложению 3 к настоящему приказу;

      4) форму решения о назначении (отказе в назначении) социальной помощи в виде ежемесячных выплат согласно приложению 4 к настоящему приказу;

      5) форму уведомления о назначении (отказе в назначении) согласно приложению 5 к настоящему приказу;

      6) форму журнала уведомлений согласно приложению 6 к настоящему приказу;

      7) форму журнала sms-оповещаний согласно приложению 7 к настоящему приказу;

      8) форму электронного проекта решения о повышении размера социальной помощи в виде ежемесячных выплат согласно приложению 8 к настоящему приказу;

      9) форму бумажного варианта дела лица, имеющего право на получение социальной помощи в виде ежемесячных выплат согласно приложению 9 к настоящему приказу;

      10) форму заявления на запрос бумажного дела получателя социальной помощи в виде ежемесячных выплат согласно приложению 10 к настоящему приказу;

      11) форму справки-аттестата согласно приложению 11 к настоящему приказу;

      12) форму решения о приостановлении выплаты социальной помощи в виде ежемесячных выплат согласно приложению 12 к настоящему приказу;

      13) форму решения о прекращении выплаты социальной помощи в виде ежемесячных выплат согласно приложению 13 к настоящему приказу.

      2. Департаменту социального обеспечения и социального страхования в установленном законодательством порядке обеспечить:

      1) государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан;

      2) в течение десяти календарных дней после государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан направление его копии в печатном и электронном виде на официальное опубликование в периодических печатных изданиях и информационно-правовой системе "Әділет", а также в Республиканский центр правовой информации для внесения в Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов Республики Казахстан;

      3) размещение настоящего приказа на официальном интернет-ресурсе Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан;

      4) в течение десяти рабочих дней после государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан представление в Департамент юридической службы Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1), 2) и 3) настоящего пункта.

      3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан Жакупову С.К.

      4. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования.

|  |  |
| --- | --- |
|
Министр здравоохранения |
 |
|
и социального развития |
 |
|
Республики Казахстан |
Т. Дуйсенова |

      СОГЛАСОВАН

      Министр информации и коммуникаций

      Республики Казахстан

      \_\_\_\_\_\_\_\_ Д. Абаев

      6 июня 2016 года

|  |  |
| --- | --- |
|   | Приложение 1к приказу Министра здравоохраненияи социального развитияРеспублики Казахстанот 31 мая 2016 года № 466 |

      форма

      Код района \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Республика Казахстан

      Департамент Комитета труда, социальной защиты и миграции

      по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ области (городу)

 **Заявление**
**на назначение социальной помощи в виде ежемесячных выплат**

      От гражданина (ки) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (фамилия, имя, отчество (при его наличии) заявителя)

      Дата рождения: "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ года

      Индивидуальный идентификационный номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Вид документа, удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Серия документа: \_\_\_\_ номер документа: \_\_\_\_ кем выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_

      Дата выдачи: "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ года

      Адрес постоянного местожительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Область \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      город (район) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ село: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      улица (микрорайон) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_\_

      Банковские реквизиты:

      Наименование банка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Банковский счет № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Тип счета: текущий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ карточный счет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (нужное подчеркнуть)

      Прошу назначить (возобновить) мне социальную помощь в виде ежемесячных выплат в связи с завершением периода, на который ранее была капитализирована и выплачена единовременная сумма в возмещение вреда.

      Обо всех изменениях, влекущих изменение размера выплачиваемой социальной помощи в виде ежемесячных выплат, а также изменении местожительства (в т.ч. выезд за пределы Республики Казахстан) анкетных данных, банковских реквизитов обязуюсь сообщить в отделение Государственной корпорации "Правительство для граждан" в течение 10 календарных дней.

      Несу правовую ответственность за подлинность представленных в отделение Государственной корпорации "Правительство для граждан" документов.

      Перечень документов, приложенных к заявлению:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|
№ п/п |
Наименование документа |
Количество листов в документе |
Примечание |
|
1 |
 |
 |
 |
|
2 |
 |
 |
 |
|
3 |
 |
 |
 |

      Даю согласие на сбор и обработку моих персональных данных, необходимых для назначения выплаты.

      Даю согласие на уведомление о принятии решения о назначении (отказе в назначении) социальной помощи в виде ежемесячных выплат в связи с завершением периода, на который ранее была капитализирована и выплачена единовременная сумма в возмещение вреда путем отправления на мобильный телефон sms-оповещения.

      В случае получения государственной услуги через Государственную корпорацию "Правительство для граждан" даю согласие на использование сведений, составляющих охраняемую законом тайну, содержащихся в информационных системах.

      Контактные данные заявителя:

      телефон домашний \_\_\_\_\_\_\_ мобильный \_\_\_\_\_\_\_\_ Е-маil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      дата подачи заявления: "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

      Подпись заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

      (линия отреза)

      Заявление гражданина (ки) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      зарегистрировано за № \_\_ дата принятия документов "\_\_" \_\_\_ 20\_\_\_ года

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

      фамилия, имя, отчество (при его наличии) и роспись принявшего

      документы

|  |  |
| --- | --- |
|   | Приложение 2к приказу Министра здравоохраненияи социального развитияРеспублики Казахстанот 31 мая 2016 года № 466 |

      форма

 **Расписка**
**об отказе в приеме заявления на назначение**
**социальной помощи в виде ежемесячных выплат**

      № \_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

      Гражданин (ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (фамилия, имя, отчество (при его наличии) заявителя)

      Дата рождения "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ года

      Опекун \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (фамилия, имя, отчество (при его наличии)

      Дата обращения "\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года

      Отказано в приеме заявления на назначение

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

      (указать причину)

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

      (фамилия, имя, отчество (при его наличии) и должность ответственного

      лица)

|  |  |
| --- | --- |
|   | Приложение 3к приказу Министра здравоохраненияи социального развитияРеспублики Казахстанот 31 мая 2016 года № 466 |

      форма

 **Электронный журнал**
**регистрации заявлений граждан о назначении**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|
№ заявления |
Дата регистрации |
Дата обращения |
Код отделения |
№ дела |
Индивидуальный идентификационный номер заявителя |
Фамилия имя отчество (при его наличии) заявителя |
|
1 |
2 |
3 |
4 |
5 |
6 |
7 |
|
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
|
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
|
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
|
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |

      (продолжение таблицы)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|
Дата рождения |
Вид выплаты |
Специалист |
Дата решения/отказа в назначении |
Размер выплаты |
Дата назначения |
Вид назначения |
|
8 |
9 |
10 |
11 |
12 |
13 |
14 |
|
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
|
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
|
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |

|  |  |
| --- | --- |
|   | Приложение 4к приказу Министра здравоохраненияи социального развитияРеспублики Казахстанот 31 мая 2016 года № 466 |

      форма

      Код \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Область (город) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Решение о назначении (отказе в назначении)**
**социальной помощи в виде ежемесячных выплат**

      № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года

      Департамента Комитета труда, социальной защиты и миграции по

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ области (городу)

      № дела \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Гражданин (ки) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Индивидуальный идентификационный номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Дата обращения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Сумма капитализированных платежей \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Период капитализации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Дата назначения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Степень утраты профессиональной трудоспособности (в %) \_\_\_\_\_\_\_\_

      Утрата профессиональной трудоспособности установлена на срок

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

      1. Назначить социальную помощь в виде ежемесячных выплат в

      соответствии с пунктом 4 статьи 945 Гражданского Кодекса Республики Казахстан (Особенная часть).

      Размер социальной помощи в виде ежемесячных выплат \_\_\_\_\_\_ тенге

      (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге)

      сумма прописью

      с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      2. Отказать в назначении социальной помощи в виде ежемесячных

      выплат:

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

      (основание отказа)

      Директор департамента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (фамилия, имя, отчество (при его наличии) (подпись)

      Начальник управления (отдела) департамента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (фамилия, имя, отчество (при его наличии) (подпись)

      Специалист по назначению департамента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (фамилия, имя, отчество (при его наличии) (подпись)

      Проект решения подготовлен:

      Ответственные лица Государственной корпорации "Правительство

      для граждан" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (фамилия, имя, отчество (при его наличии)

|  |  |
| --- | --- |
|   | Приложение 5к приказу Министра здравоохраненияи социального развитияРеспублики Казахстанот 31 мая 2016 года № 466 |

      форма

 **Уведомление**
**о назначении (отказе в назначении)**

      № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

      Гражданин (ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (фамилия, имя, отчество (при его наличии)

      Дата рождения "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ года

      Решение о назначении (отказе в назначении) № \_\_\_ от "\_\_" \_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

      Назначенная сумма денежных средств:

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге

      (сумма прописью)

      с "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года

      Отказано в назначении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      основание (указать причины)

      Уведомление удостоверено ЭЦП ответственного лица

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

      (должность и фамилия, имя, отчество (при его наличии)

      ответственного лица)

|  |  |
| --- | --- |
|   | Приложение 6к приказу Министра здравоохраненияи социального развитияРеспублики Казахстанот 31 мая 2016 года № 466 |

      Форма

 **Журнал уведомлений**

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

      (вид выплаты)

      по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ отделению Государственной корпорации

      "Правительства для граждан"

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|
№ п/п |
Индивидуальный идентификационный номер |
Фамилия имя, отчество (при его наличии) |
Дата рождения |
№ дела |
Вид выплаты |
Дата вручения уведомления |
Специалист |
|
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
|
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
|
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |

|  |  |
| --- | --- |
|   | Приложение 7к приказу Министра здравоохраненияи социального развитияРеспублики Казахстанот 31 мая 2016 года № 466 |

      Форма

 **Журнал sms-оповещений**

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

      (вид выплаты)

      по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ отделению Государственной корпорации

      "Правительство для граждан"

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|
№ п/п |
Индивидуальный идентификационный номер |
Фамилия имя, отчество (при его наличии) |
Дата рождения |
№ дела |
Вид выплаты |
Дата передачи sms-оповещения |
№ телефона |
Специалист |
|
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
|
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
|
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |

|  |  |
| --- | --- |
|   | Приложение 8к приказу Министра здравоохраненияи социального развитияРеспублики Казахстанот 31 мая 2016 года № 466 |

      форма

      Код \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Область (город) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Электронный проект решения о повышении размера социальной**
**помощи в виде ежемесячных выплат**

      № \_\_\_\_\_ от \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

      Департамента Комитета труда, социальной защиты и миграции по

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ области (городу)

      № дела \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Гражданин (ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (фамилия, имя, отчество (при его наличии)

      Дата рождения "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Дата назначения "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

      Размер социальной помощи в виде ежемесячных выплат до \_\_\_\_\_\_\_\_\_

      20\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_ тенге \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (сумма прописью)

      Повысить размер социальной помощи в виде ежемесячных выплат в

      соответствии с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (наименование, номер и дата нормативного правового акта)

      Размер социальной помощи в виде ежемесячных выплат с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      20\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (сумма прописью)

      Директор департамента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (фамилия, имя, отчество (при его наличии) (подпись)

      Начальник управления(отдела) департамента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (фамилия, имя, отчество (при его наличии) (подпись)

      Специалист по назначению департамента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (фамилия, имя, отчество (при его наличии) (подпись)

      Проект решения подготовлен:

      Ответственные лица Государственной корпорации "Правительство

      для граждан" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (фамилия, имя, отчество (при его наличии)

|  |  |
| --- | --- |
|   | Приложение 9к приказу Министра здравоохраненияи социального развитияРеспублики Казахстанот 31 мая 2016 года № 466 |

      форма

 **Бумажный вариант дела лица, имеющего право на получение**
**социальной помощи в виде ежемесячных выплат**

|  |
| --- |
|
Бумажный вариант дела лица, имеющего право на получение социальной помощи в виде ежемесячных выплат № \_\_\_\_\_\_ |
|
Республика Казахстан |
|
Область |
 |
|
Город (район) |
 |
|
Телефон |
 |
|
Вид выплаты |
 |
|
Фамилия |
 |
|
Имя |
 |
|
Отчество (при наличии) |
 |
|
Филиал банка |
 |
|
Отделение связи № |
 |
|
График выплаты |
 |

      Отметки о принятии и снятии с учета

|  |
| --- |
|
Снять с учета с "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_ года
Вид выплаты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Выплачено по "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_ года
Количество листов в деле \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
М.Ш. Начальник отделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Принять на учет с "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_ года
Вид выплаты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Размер выплаты \_\_\_\_\_\_ тенге /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/
Количество листов в деле \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
М.Ш.
Начальник отделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Снять с учета с "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_ года
Вид выплаты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Размер выплаты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге
выплачено по "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_ года
Количество листов в деле \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
М.Ш. Начальник отделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Принять на учет с "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_ года
вид выплаты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Размер выплаты \_\_\_\_\_\_ тенге /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/
Количество листов в деле \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
М.Ш. Начальник отделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

      Отметки о проведении инвентаризации

|  |
| --- |
|
 \_\_\_\_ листов (дата, подпись, \_\_\_ листов (дата, подпись)
 \_\_\_\_ листов (дата, подпись, \_\_\_ листов (дата, подпись)
  \_\_\_\_ листов (дата, подпись, \_\_\_ листов (дата, подпись)
  \_\_\_\_ листов (дата, подпись, \_\_\_ листов (дата, подпись
  \_\_\_\_ листов (дата, подпись, \_\_\_ листов (дата, подпись)
  \_\_\_\_ листов (дата, подпись, \_\_\_ листов (дата, подпись) |

      Отметки о проверке дел

|  |
| --- |
|
 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|
 |Представитель (дата, подпись)
 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|
 Представитель (дата, подпись)
 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|
 |Представитель (дата, подпись)
 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|
 Представитель (дата, подпись)
 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|
 |Представитель (дата, подпись)
 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|
 Представитель (дата, подпись)| |

|  |  |
| --- | --- |
|   | Приложение 10к приказу Министра здравоохраненияи социального развитияРеспублики Казахстанот 31 мая 2016 года № 466 |

      форма

      Код района \_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Республика Казахстан

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ отделение Государственной корпорации

      "Правительство для граждан"

      по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ области

 **Заявление на запрос бумажного дела получателя социальной**
**помощи в виде ежемесячных выплат**

      От гражданина (ки) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (фамилия, имя, отчество (при его наличии) получателя)

      Дата рождения: "\_\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года

      Индивидуальный идентификационный номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Вид документа, удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Серия документа: \_\_\_\_\_\_ номер документа: \_\_\_\_ кем выдан: \_\_\_\_\_\_

      Дата выдачи: "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ года

      Адрес постоянного местожительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Область \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      город (район) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ село: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      улица (микрорайон)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_

      Прошу запросить бумажное дело получателя социальной помощи в виде ежемесячных выплат.

      Обо всех изменениях, влекущих изменения размера выплачиваемой социальной помощи в виде ежемесячных выплат, а также изменении местожительства (в т.ч. выезд за пределы Республики Казахстан) анкетных данных, банковских реквизитов обязуюсь сообщать в отделение Государственной корпорации "Правительство для граждан" в течение 10 календарных дней.

      Адрес прежнего местожительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Перечень документов, приложенных к заявлению:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|
№ п/п |
Наименование документа |
Количество листов в документе |
Примечание |
|
1 |
 |
 |
 |
|
2 |
 |
 |
 |

      Контактные данные заявителя:

      телефон домашний \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ мобильный \_\_\_\_\_\_\_ Е-маil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Предупрежден (а) об ответственности за представление недостоверных сведений и поддельных документов

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

      Дата подачи "\_\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

      Подпись заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

      (линия отреза)

      Заявление гражданина (ки) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      принято "\_\_\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_\_ года № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

      Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и подпись принявшего

      документы:

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

|  |  |
| --- | --- |
|   | Приложение 11к приказу Министра здравоохраненияи социального развитияРеспублики Казахстанот 31 мая 2016 года № 466 |

      форма

 **СПРАВКА-АТТЕСТАТ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
**от \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года**

      Гражданин (гражданка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      получал (а) социальную помощь в виде ежемесячных выплат в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      отделении Государственной корпорации "Правительство для граждан"

      1. Социальная помощь в виде ежемесячных выплат выплачена по \_\_\_

      \_\_\_\_\_ 20\_\_ года в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге

      Приложение:

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

      Выплата прекращена и снята с учета отделения Государственной корпорации "Правительство для граждан"

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

      (фамилия, имя, отчество (при его наличии) специалиста,

      № служебного телефона)

      М.Ш.

      Начальник отделения Государственной корпорации "Правительство

      для граждан" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (фамилия, имя, отчество (при его наличии)

      Специалист отделения Государственной корпорации "Правительство

      для граждан"

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

      (фамилия, имя, отчество (при его наличии) № служебного телефона)

|  |  |
| --- | --- |
|   | Приложение 12к приказу Министра здравоохраненияи социального развитияРеспублики Казахстанот 31 мая 2016 года № 466 |

      форма

      Код \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Область (город) \_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Решение о приостановлении выплаты социальной помощи**
**в виде ежемесячных выплат**

      № \_\_\_\_ от "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года

      Департамента Комитета труда, социальной защиты и миграции по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ области (города)

      № дела \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Гражданин (ка)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Пол \_\_\_ Дата рождения "\_\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 19\_\_\_ года

      Приостановить выплату с "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

      Основание \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (указать причину)

      Руководитель департамента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (фамилия, имя, отчество (при его наличии)

      Руководитель управления (отдела) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (фамилия, имя, отчество (при его наличии)

      Специалист \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (фамилия, имя, отчество (при его наличии)

      Проект решения подготовлен:

      Ответственные лица Государственной корпорации "Правительство для

      граждан" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

|  |  |
| --- | --- |
|   | Приложение 13к приказу Министра здравоохраненияи социального развитияРеспублики Казахстанот 31 мая 2016 года № 466 |

      форма

      Код \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Область (город) \_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Решение**
**о прекращении выплаты социальной помощи**
**в виде ежемесячных выплат**

      № \_\_\_\_ от "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

      Департамента Комитета труда, социальной защиты и миграции по

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ области (города)

      № дела \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Гражданин (ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Пол \_\_\_ Дата рождения "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 19\_\_ года

      Прекратить выплату с "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

      Основание \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (указать причину)

      Руководитель департамента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (фамилия, имя, отчество (при его наличии)

      Руководитель управления (отдела) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (фамилия, имя, отчество (при его наличии)

      Специалист \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (фамилия, имя, отчество (при его наличии)

      Проект решения подготовлен:

      Ответственные лица Государственной корпорации "Правительство

      для граждан"

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

      (фамилия, имя, отчество (при его наличии)

 © 2012. РГП на ПХВ «Институт законодательства и правовой информации Республики Казахстан» Министерства юстиции Республики Казахстан