

**Государственная услуга  
«Снижение стоимости лекарств по рецепту врача на 50 процентов»**

**Круг заявителей**

Государственная услуга предоставляется труженикам тыла в соответствии с Областным законом от 22.10.2004 № 163-ЗС «О социальной поддержке тружеников тыла» и реабилитированным лицам и лицам, признанным пострадавшими от политических репрессий в соответствии с Областным законом от 22.10.2004 № 164-ЗС «О социальной поддержке граждан, пострадавших от политических репрессий».

Для предоставления государственной услуги гражданами представляются:

- 1) заявление гражданина;
- 2) удостоверение (свидетельство), справка о реабилитации, подтверждающие соответственно статус труженика тыла, реабилитированного или пострадавшего от политических репрессий.

в качестве документа, удостоверяющего личность, возраст, гражданство, место регистрации предъявляется паспорт гражданина Российской Федерации;

в случае обращения через представителя – документ, удостоверяющий личность представителя заявителя; доверенность, удостоверяющая полномочия представителя.

**Исчерпывающий перечень оснований для отказа в приеме документов,  
необходимых для предоставления государственной услуги**

Перечень оснований для отказа в приеме документов:

если представлен неполный пакет документов, указанный в пункте 6 раздела II настоящего регламента, а также при предъявлении документов с серьезными повреждениями, не позволяющими однозначно истолковать их содержание;

отсутствие права на получение государственной услуги;

при отсутствии в заявлении фамилии, имени, отчества обратившегося, почтового адреса;

если текст письменного заявления не поддается прочтению;

заявление подано лицом, не имеющим на это полномочий;

отсутствие в утвержденном перечне лекарственных препарата, выписанного лечащим врачом;

снятие с регистрационного учета по месту жительства (месту пребывания);

наличие одного из федеральных признаков (инвалид, ветеран боевых действий, член семьи погибшего, умершего ИВОВ, УВОВ, инвалида боевых действий, военнослужащего и т.д.);  
смерть гражданина.

### **Исчерпывающий перечень оснований для приостановления или отказа в предоставлении государственной услуги**

Перечень оснований для приостановления в предоставлении государственной услуги:

заявление о переходе на предоставление мер социальной поддержки в соответствии с федеральным законодательством (инвалид, ветеран боевых действий, член семьи погибшего, умершего ИВОВ, УВОВ, инвалида боевых действий, военнослужащего и т.д.).

Решение об отказе в предоставлении услуги принимается в следующих случаях:

отсутствие права на получение государственной услуги;  
отсутствие сведений о прекращении предоставления услуги при перемене места жительства в пределах Ростовской области;  
предоставление заявителем заведомо недостоверной информации, имеющей существенное значение для предоставления услуги;  
смерть гражданина.

**Приложение № 1**  
**к Административному регламенту**  
**предоставления государственной услуги**  
**«Снижение стоимости лекарств по рецепту**  
**врача на 50 процентов»**

Руководителю органа социальной защиты  
населения \_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕР СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ**

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество)

Адрес

\_\_\_\_\_ (индекс, почтовый адрес)

Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ Дата выдачи \_\_\_\_\_ Кем  
выдан \_\_\_\_\_

СНИЛС (при наличии) \_\_\_\_\_

Документ, подтверждающий право на меры социальной поддержки,

серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ Дата выдачи \_\_\_\_\_ Кем выдан \_\_\_\_\_

Прошу предоставить государственную услугу по снижению стоимости лекарств по рецепту врача на 50% в соответствии с Областным законом № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_.

Выплату прошу производить

\_\_\_\_\_ (№ почтового отделения или № счета в кредитном учреждении)

Перечень представленных документов:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

С условиями предоставления мер социальной поддержки ознакомлен (а); обязуюсь в течение десяти дней известить орган социальной защиты населения о наступлении обстоятельств, влекущих изменение размера или прекращение выплаты (перемена места жительства и др.).

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (подпись заявителя)

**Расписка-уведомление**

Заявление и документы гр. \_\_\_\_\_

Регистрационный номер заявления	Принял (ФИО)		
	Дата приема заявления	Кол-во документов	Подпись специалиста

**Расписка-уведомление**

Заявление и документы гр. \_\_\_\_\_

Регистрационный номер заявления	Принял (ФИО)		
	Дата приема заявления	Кол-во документов	Подпись специалиста

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /