ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

28 апреля 2015 г. № 62

О некоторых вопросах использования средств семейного капитала на получение услуг в сфере здравоохранения

На основании части второй пункта 17 Положения о порядке и условиях назначения, финансирования (перечисления), распоряжения средствами семейного капитала, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 24 февраля 2015 г. № 128, и подпункта 9.1 пункта 9 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446 «О некоторых вопросах Министерства здравоохранения и мерах по реализации Указа Президента Республики Беларусь от 11 августа 2011 г. № 360», Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Определить, что:

1.1. средства семейного капитала могут быть использованы в сфере здравоохранения в полном объеме либо по частям на получение платных медицинских услуг (далее - услуги в сфере здравоохранения), указанных в:

1.1.1. перечне платных медицинских услуг, получаемых членом (членами) семьи при досрочном использовании средств семейного капитала, согласно приложению к постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 6 марта 2015 г. № 24 «О некоторых вопросах оказания организациями здравоохранения платных медицинских услуг, получаемых членом (членами) семьи при досрочном использовании средств семейного капитала» (Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 26.03.2015, 8/29740) (при досрочном использовании средств семейного капитала в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь, в том числе постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 6 марта 2015 г. № 24);

1.1.2. пункте 14 и абзаце втором пункта 22 перечня платных медицинских услуг, оказываемых гражданам Республики Беларусь государственными учреждениями здравоохранения, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 10 февраля 2009 г. № 182 «Об оказании платных медицинских услуг государственными учреждениями здравоохранения» (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2009 г., № 44, 5/29295) (при использовании в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь, в том числе настоящим постановлением, средств семейного капитала по истечении 18 лет с даты рождения ребенка, в связи с рождением, усыновлением (удочерением) которого семья приобрела право на назначение семейного капитала);

1.2. для использования средств семейного капитала на получение услуг в сфере здравоохранения, указанных в подпункте 1.1.2 настоящего пункта, оказываемых в порядке, установленном постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 10 февраля 2009 г. № 182 «Об оказании платных медицинских услуг государственными учреждениями здравоохранения» (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2009 г., № 44, 5/29295), граждане, в отношении которых принято решение о распоряжении средствами семейного капитала (законные представители), обращаются в государственное учреждение здравоохранения, в котором будут оказываться соответствующие услуги, и представляют копию решения о распоряжении средствами семейного капитала, принятого местным исполнительным и распорядительным органом, и иные документы, необходимые для заключения договора возмездного оказания услуг (далее - договор);

1.3. для перечисления средств семейного капитала на получение услуг в сфере здравоохранения, указанных в подпункте 1.1.2 настоящего пункта, граждане, в отношении которых принято решение о распоряжении средствами семейного капитала (законные представители), обращаются в подразделение открытого акционерного общества «Сберегательный банк «Беларусбанк» (далее - ОАО «АСБ Беларусбанк») в соответствии с регистрацией по месту жительства или по месту открытия депозитного счета (отдельного депозитного счета) и представляют следующие документы:

заявление о распоряжении средствами семейного капитала на получение услуг в сфере здравоохранения по форме согласно приложению к настоящему постановлению;

документ, удостоверяющий личность;

документ, подтверждающий полномочия представителя, - в случае обращения распорядителя с заявлением через своего представителя;

копию решения местного исполнительного и распорядительного органа о распоряжении средствами семейного капитала;

договор;

1.4. возврат неиспользованных денежных средств, перечисленных подразделением ОАО «АСБ Беларусбанк» на счет государственного учреждения здравоохранения на получение гражданином услуг в сфере здравоохранения в соответствии с подпунктом 1.1.2 настоящего пункта, осуществляется в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь, в течение трех рабочих дней с момента подписания документа, удостоверяющего приемку выполненных работ.

2. Настоящее постановление вступает в силу после его официального опубликования.

|  |  |
| --- | --- |
| Первый заместитель Министра | Д.Л.Пиневич |

|  |  |
| --- | --- |
| СОГЛАСОВАНОМинистр труда и социальнойзащиты Республики БеларусьМ.А.Щеткина28.04.2015 | СОГЛАСОВАНОПредседатель Правленияоткрытого акционерного общества«АСБ Беларусбанк»С.П.Писарик28.04.2015 |

|  |  |
| --- | --- |
|   | Приложениек постановлениюМинистерства здравоохраненияРеспублики Беларусь28.04.2015 № 62 |

Форма

|  |  |
| --- | --- |
|   | В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|   | (наименование подразделения ОАО «АСБ «Беларусбанк») |
|   | от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|   | (фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) гражданина) |
|   | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|   | зарегистрированного(ой) по месту жительства: |
|   | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|   | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|   | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|   | (e-mail, телефон) |
|   | данные документа, удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|   | (вид документа, |
|   | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|   | серия (при наличии), номер, дата выдачи, |
|   | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|   | наименование государственного органа, его выдавшего, |
|   | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|   | идентификационный номер (при наличии) |

ЗАЯВЛЕНИЕ
о распоряжении средствами семейного капитала на получение услуг в сфере здравоохранения

На основании решения о распоряжении средствами семейного капитала \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование местного исполнительного и распорядительного органа)

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. прошу перечислить денежные средства семейного капитала в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(сумма денежных средств семейного капитала, цифрами и прописью)

на счет государственного учреждения здравоохранения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование учреждения

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

здравоохранения, учетный номер плательщика и номер расчетного счета,

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

наименование и банковский идентификационный код банка-получателя)

на получение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется),

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

дата рождения)

платных медицинских услуг согласно договору возмездного оказания услуг № \_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

К заявлению прилагаю следующие документы:

1) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Об ответственности за представление недостоверных (поддельных) документов и (или) сведений либо ложной информации, непредставление документов и (или) сведений, влияющих на использование средств семейного капитала, предупрежден(а).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|   | (подпись) | (инициалы, фамилия) |

Документы приняты

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|   | (подпись) | (должность, инициалы, фамилия специалиста, принявшего заявление) |