

# **Принятие решения о назначении пособия по уходу за инвалидом I группы либо лицом, достигшим 80-летнего возраста**

- 1. Нормативные документы**
- 2. Порядок назначения и выплаты пособия по уходу за инвалидом I группы либо лицом, достигшим 80-летнего возраста**
- 3. Размер пособия**
- 4. Документы, необходимые для назначения пособия**
- 5. Форма заявления**

Обращаться за назначением пособия по уходу следует в управление по труду, занятости и социальной защите по месту жительства нетрудоспособного. В случае осуществления ухода за двумя и более нетрудоспособными гражданами, проживающими в разных населенных пунктах (районах в городе), заявление подается по выбору лица, осуществляющего уход, в управление по труду, занятости и социальной защите по месту жительства одного из нетрудоспособных.

Контроль за назначением и выплатой пособий осуществляет комитет по труду, занятости и социальной защите облисполкома.

## **1. НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ**

- Указ Президента Республики Беларусь от 26 апреля 2010г. №200 «Об административных процедурах, осуществляемых государственными органами и иными организациями по заявлениям граждан»
- Указ Президента Республики Беларусь от 30 декабря 2011г. № 616 «Об усилении социальной поддержки отдельных категорий граждан»
- Положение о порядке назначения и выплаты пособия по уходу за инвалидом I группы либо лицом, достигшим 80-летнего возраста, утвержденное постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 6 сентября 2006г. №1149

## **2. ПОРЯДОК НАЗНАЧЕНИЯ И ВЫПЛАТЫ ПОСОБИЯ ПО УХОДУ ЗА ИНВАЛИДОМ I ГРУППЫ ЛИБО ЛИЦОМ, ДОСТИГШИМ 80-ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА**

Право на пособие по уходу за инвалидом I группы или лицом, достигшим 80-летнего возраста и нуждающимся в постоянном уходе (далее – нетрудоспособный гражданин), имеют лица, достигшие 16 лет, но не старше 65 лет – мужчины, 60 лет –

женщины, неработающие, не являющиеся индивидуальными предпринимателями, не обучающиеся в учреждениях образования в дневной форме получения образования, не получающие пенсии, пособия по безработице, ежемесячной страховой выплаты в соответствии с законодательством об обязательном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, ежемесячного денежного содержания в соответствии с законодательством о государственной службе, осуществляющие постоянный уход\* (далее – уход) за нетрудоспособными гражданами (далее – лицо, осуществляющее уход).

Осуществление ухода предполагает совместное фактическое проживание либо проживание в одном населенном пункте (городе, поселке городского типа, сельском населенном пункте) лица, осуществляющего уход, и нетрудоспособного гражданина, за которым он осуществляется. При этом родственные отношения лица, осуществляющего уход, и нетрудоспособного гражданина значения не имеют.

Заключение о нуждаемости в постоянном уходе лиц, достигших 80-летнего возраста, выдают больница, госпиталь, медико-санитарная часть, диспансер, поликлиника.

Пособие назначается постоянно проживающим на территории республики гражданам Республики Беларусь, а также иностранным гражданам и лицам без гражданства.

Заявление и документы рассматриваются в течение 10 дней со дня подачи заявления, а в случае запроса документов и (или) сведений от других государственных органов, иных организаций – 1 месяц.

Комиссией устанавливается факт осуществления ухода за нетрудоспособным гражданином на основании сведений, содержащихся в акте обследования.

Решение о назначении (возобновлении выплаты) пособия принимается Комиссией по назначению пенсий районного (городского) исполнительного и распорядительного органа (далее – Комиссия) по месту жительства нетрудоспособного гражданина.

Решение Комиссии может быть обжаловано в вышестоящий комитет по труду, занятости и социальной защите областного (Минского городского) исполнительного комитета (далее – Комитет).

Обжалование решения Комиссии в судебном порядке осуществляется после его обжалования в комитет.

### **3. РАЗМЕР ПОСОБИЯ**

Размер пособия исчисляется из наибольшей величины бюджета прожиточного минимума в среднем на душу населения, утвержденного Министерством труда и социальной защиты, за два последних квартала в следующих размерах:

пособие по уходу за инвалидом I группы либо лицом, достигшим 80-летнего возраста, – в размере 100 процентов,

при одновременном осуществлении ухода за двумя и более инвалидами I группы либо лицами, достигшими 80-летнего возраста, – 120 процентов.

Перерасчет пособия производится ежеквартально в связи с изменением бюджета прожиточного минимума в среднем на душу населения.

#### **4. ДОКУМЕНТЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ПОСОБИЯ**

##### ***Документы и (или) сведения, предоставляемые гражданами при обращении***

- заявление
- паспорт или иной документ, удостоверяющий личность
- трудовая книжка заявителя
- медицинская справка о состоянии здоровья заявителя, подтверждающая отсутствие психиатрического и наркологического учета
- заключение о нуждаемости в постоянном уходе лица, достигшего 80-летнего возраста, в постоянном уходе – в случае назначения пособия по уходу за лицом, достигшим 80-летнего возраста

##### ***Документы, которые приобщаются или истребуются управлением по труду, занятости и социальной защите***

- копию (выписка из) документа, удостоверяющего личность лица, достигшего 80-летнего возраста, либо копия имеющегося в его пенсионном деле документа, содержащего сведения о возрасте этого лица
- копия заключения медико-реабилитационной экспертной комиссии (выписка из акта освидетельствования в медико-реабилитационной экспертной комиссии) о группе и причине инвалидности
- сведения о неполучении пособия по безработице
- сведения об отсутствии регистрации в качестве индивидуального предпринимателя, главы крестьянского (фермерского) хозяйства - из местных исполнительных и распорядительных органов
- при необходимости справка о неполучении пенсии лицом, осуществляющим уход, - из органа по труду, занятости и социальной защите по месту его жительства (при необходимости) – из органа по труду, занятости и социальной защите по месту его жительства (в том числе из пенсионных органов Министерства обороны, Министерства внутренних дел, Министерства по чрезвычайным ситуациям, Комитета государственной безопасности)
- копию свидетельства (справки) о регистрации по месту пребывания на территории Республики Беларусь лица, осуществляющего уход, и (или) нетрудоспособного гражданина (при их наличии) либо сведения о регистрации по месту пребывания (в случае, если органу по труду, занятости и социальной защите сообщено о факте регистрации) – из органа регистрации граждан по месту жительства (месту пребывания)

Орган по труду, занятости и социальной защите при необходимости вправе запрашивать из соответствующих государственных органов и иных организаций дополнительные сведения и (или) документы, необходимые для рассмотрения и проверки данных, изложенных в заявлении о назначении (возобновлении выплаты) пособия лицу, осуществляющему уход.

## 5. Форма заявления

Приложение 1  
к Положению о порядке  
назначения и выплаты пособия  
по уходу за инвалидом I группы  
либо лицом, достигшим  
80-летнего возраста  
(в редакции постановления  
Совета Министров  
Республики Беларусь  
15.06.2017 № 457)

Форма

---

(наименование управления (отдела) по труду, занятости и социальной защите городского, районного исполнительного комитета, управления (отдела) социальной защиты местной администрации района в городе)

**Заявление  
о назначении (возобновлении выплаты) пособия по уходу  
за инвалидом I группы либо лицом, достигшим 80-летнего возраста**

1. \_\_\_\_\_  
(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) заявителя,

---

дата рождения, адрес места жительства (места пребывания),

---

номер телефона,

---

вид документа, удостоверяющего личность, номер, серия (при наличии),

---

идентификационный номер (при наличии),

---

дата выдачи, наименование органа,

---

выдавшего документ)

2. Прошу назначить пособие по уходу (возобновить выплату пособия) в связи с осуществлением постоянного ухода за инвалидом I группы, лицом, достигшим 80-летнего возраста (*нужное подчеркнуть*), \_\_\_\_\_

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

---

нетрудоспособного гражданина, дата рождения,

---

адрес места жительства (места пребывания), вид пенсии)

3. Сообщаю сведения о том, что:

не получаю пенсию, пособие по безработице, ежемесячную страховую выплату в соответствии с законодательством об обязательном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, ежемесячное денежное содержание в соответствии с законодательством о государственной службе;

не обучаюсь в учебном заведении дневной формы получения образования;

не работаю по трудовому договору и (или) гражданско-правовому договору, а также на основе членства (участия) в юридическом лице;

не являюсь индивидуальным предпринимателем.

4. Сообщаю сведения:

о лицах, которые могут подтвердить факт осуществления постоянного ухода,

\_\_\_\_\_;  
(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется),

\_\_\_\_\_;  
адрес места жительства (места пребывания)

о причинах неполучения пособия \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (указываются

\_\_\_\_\_ для возобновления

\_\_\_\_\_ выплаты пособия)

5. Я предупрежден(а):

о необходимости сообщить в течение пяти дней органу по труду, занятости и социальной защите о наступлении обстоятельств, влекущих прекращение выплаты пособия по уходу, в том числе о поступлении на работу и (или) выполнении иной деятельности, указанной в пункте 3 настоящего заявления;

о взыскании сумм пособия по уходу, излишне выплаченных вследствие злоупотребления лица, получающего пособие, в судебном порядке;

о проведении обследования осуществления постоянного ухода за нетрудоспособным гражданином по месту его жительства (месту пребывания).

6. Достоверность сведений, указанных в настоящем заявлении, подтверждаю, с положениями, содержащимися в пункте 5 настоящего заявления, ознакомлен(а).

\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

(дата заполнения заявления)

\_\_\_\_\_  
(подпись заявителя, фамилия, инициалы)

Перечень представленных документов	Возвращено заявителю
1. Заявление	
2. Документ, удостоверяющий личность	
3. Трудовая книжка	
4. Медицинская справка о состоянии здоровья	
5. Заключение врачебно-консультационной комиссии	

Дополнительно представлены	Дата поступления	Подпись работника, принявшего документы
1.		
2.		

(линия отреза)

-----  
**Расписка-уведомление**

Заявление № \_\_\_\_\_

(регистрационный номер)

и другие документы \_\_\_\_\_

(фамилия,

\_\_\_\_\_ собственное имя, отчество (если таковое имеется) заявителя)

принял \_\_\_\_\_

20 \_\_\_\_ г.

(дата)

\_\_\_\_\_ (подпись работника, принявшего

документы)

документы)