

Административная процедура

№ 4.8 Принятие решения об установлении установления патронажа (назначения попечителя-помощника)

Предварительное консультирование

с 8.30 до 17.30, перерыв с 13.00 до 14.00,

в дополнительное время приема граждан по графику* каждый четверг с 17.30 до 20.00, первую и третью субботу месяца – с 9.00 до 13.00

Осуществление указанной административной процедуры выполняет:

1. главный специалист отдела материально-бытового обслуживания **ОСТРЯКОВА Тамара Владимировна**, каб. 205, тел. 3-41-88 (по адресу: г. Светлогорск, ул. Ленина, д. 49, 2 этаж),

2. в отсутствие Остряковой Т.В. – главный специалист отдела материально-бытового обслуживания **Зыкова Ирина Петровна**, каб. 205, тел. 5-47-85 (по адресу: г. Светлогорск, ул. Ленина, д. 49, 2 этаж)

Перечень документов, предоставляемые гражданином для осуществления административной процедуры:

1. заявление лица, нуждающегося в патронаже
2. письменное согласие лица на осуществление патронажа (назначение его попечителем-помощником)
3. медицинская справка о состоянии здоровья лица, давшего согласие на осуществление патронажа (назначение его попечителем-помощником)

Максимальный срок осуществления административной процедуры	15 дней со дня подачи заявления, а в случае запроса документов и (или) сведений от других государственных органов, иных организаций – 1 месяц
Размер платы, взимаемой при осуществлении административной процедуры	Бесплатно
Срок действия справки либо иного выдаваемого документа	Бессрочно

*графики дополнительного приема граждан государственными служащими управления для выдачи справок и других документов по заявительному принципу «одно окно» утверждаются ежемесячно по согласованию с председателем профсоюзного комитета управления или его заместителем и размещаются на стенде управления по труду, занятости и социальной защите Светлогорского райисполкома.

Образец

Председателю
Светлогорского районного
исполнительного комитета

(Фамилия)

(Имя)

(Отчество)

(Адрес места жительства)

ЗАЯВЛЕНИЕ.

Прошу разрешить мне осуществлять патронаж по просьбе
совершеннолетнего дееспособного _____

(Ф.И.О. совершеннолетнего дееспособного)

_____,
который по состоянию здоровья не может самостоятельно осуществлять и
защищать свои права и исполнять обязанности, проживающего по
адресу: _____

(указать адрес совершеннолетнего дееспособного)

Дата

Подпись