



КОМИ РЕСПУБЛИКАСА УДЖ,  
УДЖӖН МОГМӖДАН ДА СОЦИАЛЬНОӖ ДОРЪЯН  
МИНИСТЕРСТВОЛӖН  
ТШӖКТӖД

---

МИНИСТЕРСТВО ТРУДА,  
ЗАНЯТОСТИ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ  
РЕСПУБЛИКИ КОМИ

**ПРИКАЗ**

« 18 » 05 20 20 г.

№ 583

г. Сыктывкар

**О внесении изменений в Приказ Агентства Республики Коми  
по социальному развитию от 28 марта 2012 г. № 596  
«Об утверждении Административного регламента предоставления  
государственной услуги по установлению и выплате  
региональной социальной доплаты к пенсии»**

В целях упорядочения работы по предоставлению государственной услуги по установлению и выплате региональной социальной доплаты к пенсии,

**приказываю:**

1. Внести в Приказ Агентства Республики Коми по социальному развитию от 28 марта 2012 г. № 596 «Об утверждении Административного регламента предоставления государственной услуги по установлению и выплате региональной социальной доплаты к пенсии» изменения согласно приложению.

2. Настоящий приказ вступает в силу по истечении десяти дней со дня его официального опубликования.

Заместитель Председателя  
Правительства Республики Коми –  
министр труда, занятости и  
социальной защиты Республики Коми

И.В. Семяшкин

Приложение  
к Приказу Министерства  
труда, занятости и социальной  
защиты Республики Коми  
«18» 05 2020 г. № 583

**Изменения,  
вносимые в Приказ Агентства Республики Коми  
по социальному развитию от 28 марта 2012 г. № 596  
«Об утверждении Административного регламента  
предоставления государственной услуги по установлению  
и выплате региональной социальной доплаты к пенсии»**

В Административном регламенте предоставления государственной услуги по установлению и выплате региональной социальной доплаты к пенсии, утвержденным Приказом Агентства Республики Коми по социальному развитию от 28 марта 2012 г. № 596 «Об утверждении Административного регламента предоставления государственной услуги по установлению и выплате региональной социальной доплаты к пенсии» (приложение):

- 1) подпункт 3 пункта 153 изложить в следующей редакции:  
«3) требование у заявителя документов или информации либо осуществления действий, представление или осуществление которых не предусмотрено нормативными правовыми актами Российской Федерации и (или) Республики Коми для предоставления государственной услуги;»;
- 2) в пункте 171 слова «в подпункте 1 пункта 168» заменить словами «в подпункте 2 пункта 168»;
- 3) приложение № 1 изложить в редакции согласно приложению 1 к настоящим изменениям.

Приложение 1

к изменениям, вносимым в приказ Агентства Республики  
Коми по социальному развитию от 28 марта 2012 г. № 596  
«Об утверждении Административного регламента  
предоставления государственной услуги по установлению  
и выплате региональной социальной доплаты к пенсии»

«Приложение № 1  
к Административному регламенту  
предоставления государственной услуги  
по установлению и выплате региональной  
социальной доплаты к пенсии

(форма)

Заявление №:

Государственное бюджетное учреждение Республики Коми  
«Центр по предоставлению государственных услуг в сфере  
социальной защиты населения \_\_\_\_\_»

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу предоставить государственную услугу «Установление и выплата региональной социальной доплаты к пенсии».

Сообщаю, что я прибыл из<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

И являлся получателем<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

Я<sup>3</sup> \_\_\_\_\_ получателем ежемесячных страховых выплат, предусмотренных частью 3 статьи 10 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний", в<sup>4</sup> \_\_\_\_\_

Сообщаю, что я в настоящее время \_\_\_\_\_<sup>5</sup> трудовую и (или) иную деятельность, в период которой граждане подлежат обязательному пенсионному страхованию в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном пенсионном страховании в Российской Федерации», и являюсь получателем пенсии:

Вид пенсии \_\_\_\_\_

Наименование органа, осуществляющего пенсионное обеспечение \_\_\_\_\_

Местонахождение органа, осуществляющего пенсионное обеспечение \_\_\_\_\_

**Заявитель** \_\_\_\_\_

ФИО \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Указать адрес прежнего места жительства

<sup>2</sup> Указать виды социальных выплат и меры социальной поддержки

<sup>3</sup> Являюсь (не являюсь) – указать нужное

<sup>4</sup> Указать наименование органа, осуществляющего выплаты – в случае их получения

<sup>5</sup> Осуществляю (не осуществляю) – указать нужное

**Заявитель**

Место рождения \_\_\_\_\_

Адрес регистрации \_\_\_\_\_

Адрес места жительства \_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность<sup>6</sup> \_\_\_\_\_**Представитель**

ФИО \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Место рождения \_\_\_\_\_

Адрес регистрации \_\_\_\_\_

Адрес места жительства \_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность<sup>7</sup> \_\_\_\_\_Документ, подтверждающий  
полномочия представителя<sup>8</sup> \_\_\_\_\_**Контактные данные**Телефон<sup>9</sup> \_\_\_\_\_Электронная почта<sup>10</sup> \_\_\_\_\_**Способ уведомления о принятом решении<sup>11</sup>**

В ведомстве \_\_\_\_\_

В МФЦ \_\_\_\_\_

Почтовым отправлением \_\_\_\_\_

По адресу электронной почты \_\_\_\_\_

ЕПГУ \_\_\_\_\_

**Способ выплаты**Организация федеральной почтовой  
связи<sup>12</sup> \_\_\_\_\_Банк<sup>13</sup> \_\_\_\_\_ГБУ РК «Центр по предоставлению  
государственных услуг в сфере  
социальной защиты населения» \_\_\_\_\_**Входящие документы**<sup>6</sup> Указывается серия, номер, кем и когда выдан<sup>7</sup> Указывается серия, номер, кем и когда выдан<sup>8</sup> Указывается наименование, серия, номер, кем и когда выдан<sup>9</sup> Указываются телефоны заявителя и представителя<sup>10</sup> Указываются адреса электронной почты заявителя и представителя<sup>11</sup> Заполняется один из вариантов<sup>12</sup> Указывается наименование почтового отделения<sup>13</sup> Указывается наименование банка, отделения и филиала и номер расчетного лицевого счета

№	Наименование документа	Количество листов	Оригинал/копия	Подлежит возврату
I				

Я согласен на пересмотр размера региональной социальной доплаты к пенсии при изменении (индексации) размеров получаемых мною денежных выплат, влекущих увеличение или уменьшение размера региональной социальной доплаты к пенсии, автоматизированным способом без предоставления заявления и документов.

Я обязуюсь безотлагательно извещать центр по предоставлению государственных услуг ГБУ РК «ЦСЗН \_\_\_\_\_» о поступлении на работу и (или) выполнении иной деятельности, о наступлении других обстоятельств, влекущих изменение размера региональной социальной доплаты к пенсии или прекращение ее выплаты.

Я предупрежден(а), что государственная услуга, предоставленная неправомерно вследствие предоставления мною документов с заведомо неверными сведениями, сокрытия данных, влияющих на назначение и выплату государственной услуги или на исчисление ее размера, взыскивается в установленном законодательством порядке.

Дата

Подпись/ФИО

### РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ

Заявление и документы гр. \_\_\_\_\_

На предоставление государственной услуги \_\_\_\_\_

(наименование государственной услуги)

№ п/п	Наименование документа	Количество листов	Оригинал/копия	Подлежит возврату

Срок принятия решения	
Контактный телефон ГБУ РК «Центр по предоставлению государственных услуг в сфере социальной защиты населения»	
Режим работы	

Регистрационный №	Дата приема документа	Подпись (фамилия, инициалы)

».