



# *Стандарт качества оказания государственной услуги*

**«Оказание информационно-справочной  
поддержки гражданам по вопросам  
инвалидности, социальной защиты, медико-  
социальной экспертизы и реабилитации,  
абилитации инвалидов»  
в ОГБУСО «Саянский психоневрологический  
интернат»**



**Областное государственное  
бюджетное учреждение социального  
обслуживания  
«Саянский психоневрологический  
интернат»**

**666301, Иркутская область,  
Зиминский район, г.Саянск, Промузел,  
кв.14А. Тел. (839553)4-55-04, 4-40-43.  
E-mail:sdii@yandex.ru**

**Режим работы:  
понедельник-пятница  
9:00-16:30, обед 13:00-13:30  
Выходные дни: суббота, воскресенье.**



**Министерство социального развития,  
опеки и попечительства Иркутской  
области** является главным распорядителем средств  
областного бюджета и ответственным за организацию  
оказания государственной услуги.

Место нахождения министерства: 664073, г.Иркутск,  
ул.Канадзавы, д.2, контактный телефон министерства  
(83952)33-33-31, факс (83952) 25-33-39, телефон горячей  
линии (83952) 25-33-07;социальный телефон  
8-800-100-22-42.

Адрес электронной почты министерства:  
[obl\\_sobes@sobes.admirk.ru](mailto:obl_sobes@sobes.admirk.ru)



## **Перечень документов, необходимых для оказания государственной услуги:**

- . Документ, удостоверяющий личность инвалида;**
- . Документ, удостоверяющий личность законного представителя инвалида, в случае обращения с заявлением об оказании государственной услуги законного представителя;**
- . Заявление о разработке перечня мероприятий**



## ЗАЯВЛЕНИЕ

**О разработке перечня мероприятий по социальной реабилитации или абилитации/перечня мероприятий по обеспечению техническими средствами реабилитации, предоставляемыми инвалиду (ребенку-инвалиду) за счет средств бюджета Иркутской области**

**Я, \_\_\_\_\_  
указывается Ф.И.О., дата рождения гражданина, являющегося инвалидом, либо  
\_\_\_\_\_ Ф.И.О. гражданина**

**\_\_\_\_\_ являющегося законным представителем инвалида, ребенка-инвалида,**

**\_\_\_\_\_ а также Ф.И.О. , дата рождения инвалида, ребенка инвалида**

Прошу разработать перечень мероприятий по социальной реабилитации или абилитации/перечень мероприятий по обеспечению техническими средствами реабилитации, предоставляемыми инвалиду (ребенку-инвалиду) за счет средств бюджета Иркутской области.

К настоящему заявлению прилагаю:

1) \_\_\_\_\_ ;  
2) \_\_\_\_\_ ;

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

\_\_\_\_\_  
Личная подпись гражданина

Документы приняты « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

И зарегистрированы по № \_\_\_\_\_ (подпись специалиста)

Согласно Федеральному Закону от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку персональных данных

Расписка уведомление: Документы приняты « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года и зарегистрированы под № \_\_\_\_\_ (подпись специалиста)



## **Перечень оснований для отказа в оказании государственной услуги :**

- . Непредставление документов, необходимых для оказания государственной услуги, предусмотренных настоящим Стандартом;**
- . Несоответствие гражданина категории получателей государственной услуги, предусмотренной настоящим Стандартом;**



## ***Предоставление государственной услуги в учреждении включает в себя:***

- 1. Организацию разработки перечня мероприятий с указанием исполнителей и сроков исполнения мероприятий на основании заявления о разработке перечня мероприятий – **не позднее 7 дней**, со дня поступления Выписки в учреждение;*
- 2. Внесение данных о реализации перечня мероприятий в АИС «ЭСРН ИО» – на постоянной основе, но **не позднее 35 календарных дней** до окончания срока действия ИПРА;*
- 3. Оформление информации о причинах неисполнения мероприятий, предусмотренных ИПРА – **в день получения отказа инвалида, законного представителя инвалида, от разработки отдельных мероприятий или перечня мероприятий в целом;***
- 4. Внесение информации об исполнении перечня мероприятий, в том числе об отказе инвалида, законного представителя инвалида от разработки отдельных мероприятий или перечня мероприятий в целом АИС «ЭСРН ИО» - **не позднее 35 календарных дней** до окончания срока действия ИПРА.*



**Перечень оснований для  
приостановления  
оказания государственной услуги:**

**Основания для приостановления оказания  
государственной услуги отсутствуют.**





## **Порядок обжалования решений, действий (бездействия) сотрудников учреждения в процессе оказания государственной услуги в случае несоответствия государственной услуги настоящему Стандарту:**

- 1. Инвалид (законный представитель инвалида) имеет право на обжалование решений и действий (бездействия), принимаемых (совершаемых) в рамках оказания государственной услуги, инвалид (законный представитель инвалида) вправе обратиться в министерство с заявлением об обжаловании решений и действий (бездействия), принимаемых (совершаемых) в рамках оказания государственной услуги.**
- 2. Инвалид (законный представитель инвалида) может обратиться с жалобой, в том числе в следующих случаях:**
  - нарушения срока оказания государственной услуги;**
  - требования у инвалида (законного представителя инвалида) документов, не предусмотренных настоящим Стандартом;**
  - отказ в приеме документов, предоставление которых предусмотрено настоящим Стандартом;**
  - отказ в оказании государственной услуги, если основания отказа не предусмотрены настоящим Стандартом;**



**Жалоба может быть подана в письменной форме на бумажном носителе, в электронной форме одним из следующих способов:**

- 1. лично по адресу: 664073, Иркутская область, г. Иркутск, ул. Канадзавы, д.2 телефон (факс) (3952) 33-33-31;**
- 2. через организации почтовой связи по адресу: 664073, Иркутская область, г. Иркутск, ул. Канадзавы, д.2 .**
- 3. электронная почта: [obl\\_sobes@sobes.admirk.ru](mailto:obl_sobes@sobes.admirk.ru)**



# Заявление

**об отказе в разработке перечня мероприятий по социальной реабилитации или абилитации/  
перечня мероприятий по обеспечению техническими средствами реабилитации,  
предоставляемыми инвалиду за счет средств областного бюджета \_\_\_\_\_ либо  
об отказе во включение отдельных мероприятий в перечень мероприятий по социальной  
реабилитации или абилитации / в перечень мероприятий по обеспечению техническими  
средствами реабилитации , предоставляемыми инвалиду за счет средств областного бюджета  
Иркутской области**

**Я, \_\_\_\_\_  
указывается Ф.И.О., дата рождения гражданина, являющегося инвалидом, либо**

**\_\_\_\_\_**  
**Ф.И.О. гражданина, являющегося законным представителем инвалида, а также Ф.И.О., дата  
рождения инвалида**

**Отказываюсь от разработки перечня мероприятий по социальной реабилитации или  
абилитации/ перечня мероприятий по обеспечению техническими средствами реабилитации,  
предоставляемыми инвалиду за счет средств бюджета Иркутской области  
либо**

**Отказываюсь от включения в перечень мероприятий по социальной реабилитации или  
абилитации / в перечень мероприятий по обеспечению техническими средствами  
реабилитации, предоставляемыми инвалиду за счет средств бюджета Иркутской области  
следующих мероприятий:**



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

**К настоящему заявлению прилагаю:**

) \_\_\_\_\_  
) \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года  
\_\_\_\_\_ личная подпись гражданина

Документы приняты « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

и зарегистрированы под № \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ подпись специалиста  
Согласно Федеральному закону от 27 июля 2006 года № 152 –ФЗ «О персональных данных»

**Расписка –уведомление**

Документы приняты « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года  
и зарегистрированы под № \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ (подпись специалиста)