

**ДЕПАРТАМЕНТ СОЦИАЛЬНОЙ РАЗВИТИЯ
ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА-ЮГРЫ
(ДЕПСОЦРАЗВИТИЯ ЮГРЫ)**

ПРИКАЗ

«20» января 2017 г.

№ 49-р

г. Ханты-Мансийск

Об организации
работы по выплате компенсации
поставщику или поставщикам социальных услуг

Во исполнение постановления Правительства Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 31.10.2014 № 395-п «О порядке и размере выплаты компенсации поставщику или поставщикам социальных услуг, включенным в реестр поставщиков социальных услуг Ханты-Мансийского автономного округа - Югры, но не участвующим в выполнении государственного задания (заказа), при получении у них гражданином социальных услуг, предусмотренных индивидуальной программой предоставления социальных услуг»,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1. форму заявления поставщика социальных услуг на получение компенсации за предоставленные социальные услуги получателям социальных услуг в Ханты-Мансийском автономном округе - Югре (приложение 1);

1.2. форму отчета об оказании социальных услуг получателям социальных услуг (приложение 2);

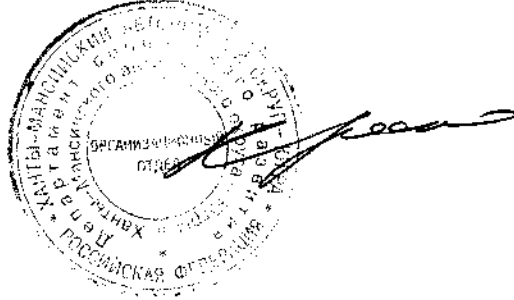
1.3. форму заявки на финансовое обеспечение выплаты компенсации поставщику или поставщикам социальных услуг, включенным в реестр поставщиков социальных услуг Ханты-Мансийского автономного округа - Югры, но не участвующим в выполнении государственного задания (заказа), при получении у них гражданином социальных услуг, предусмотренных индивидуальной программой предоставления социальных услуг (приложение 3);

1.4. форму журнала регистрации заявлений (приложение 4);

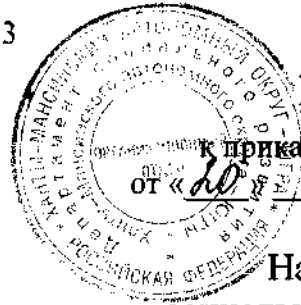
2. Приказ Депсоцразвития Югры от 18.08.2015 № 571-р «Об организации работы по выплате компенсации поставщику или поставщикам социальных услуг» считать утратившим силу.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на начальника Управления экономики и развития отрасли Депсоцразвития Югры Е.П. Карканица Паниагуа.

Директор



М.Г. Краско



Приложение 1

к приказу Депсоцразвития Югры
от «20» 01 2017 г. № 49-рНачальнику управления
социальной защиты населения

по _____

(Ф.И.О., наименование должности
руководителя организации, являющейся
поставщиком социальных услуг)**Заявление**

поставщика социальных услуг на получение компенсации за
предоставленные социальные услуги получателям социальных услуг в Ханты-
Мансийском автономном округе - Югре

Прошу выплатить компенсацию в сумме _____ (_____) рублей _____ копеек за предоставленные в период с «___» _____ 20__ г. по «___» _____ 20__ г. социальные услуги получателям социальных услуг в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре согласно прилагаемому отчету об оказании социальных услуг получателям социальных услуг, копии документов, подтверждающих оказание социальных услуг, путем перечисления денежных средств по следующим реквизитам (ИНН, КПП, наименование банка, БИК, расчетный счет, корреспондирующий счет).

Приложение:

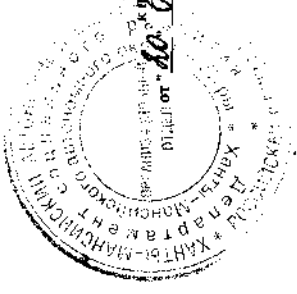
- а) отчет об оказании социальных услуг получателям социальных услуг;
- б) договор о предоставлении социальных услуг;
- в) индивидуальная программа получателя социальных услуг;
- г) акт приемки оказанных услуг к договору о предоставлении социальных услуг;
- д) платежные документы, подтверждающие факт оплаты социальных услуг, оказанных в соответствии с договором о предоставлении социальных услуг и индивидуальной программой получателя социальных услуг, при условии получения социальной услуги за частичную плату.

Предупрежден об ответственности за недостоверность представленных сведений.

Уведомление о принятом решении прошу направить по адресу _____

Наименование должности
руководителя организации,
являющейся поставщиком
социальных услуг

«___» _____ 20__ г. _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)



Приложение 2
 к Порядку Дееспособности Юриды
 2017 г. № 49-р

Отчет № _____ об оказании социальных услуг получателям социальных услуг

(полное наименование поставщика услуг)
 за _____ 20__ г.
 (указать календарный месяц)

Представляется в управление социальной защиты населения по _____

№ п/п	Ф.И.О. получателя социальной услуги, признание которого в социальном обслуживании	Наименование социальной услуги, предусмотренной индивидуальной программой предоставления социальных услуг (ИПСУ)	Процент доплаты за услугу при частичной оплате, %	Периодичность оказания услуги в соответствии с утвержденным стандартом социальной услуги	Время оказания услуги, мин.		Количество фактически оказанных услуг в соответствии с ИПСУ за отчетный период **		Вид услуги (индивидуаль ная, групповая)	Тариф на социальную услугу, установленный поставщиком социальных услуг, не превышающий утвержденного тарифа на социальную услугу по тарифам Региональной службы по тарифам Ханты-Мансийского автономного округа Югры	Тариф на утвержденную услугу, приказом Региональной службы по тарифам Ханты-Мансийского автономного округа Югры	Размер частичной доплаты за оказанную социальную услугу, руб.	Заявленный размер компенсации * (разница произведенного количества оказанных услуг и тарифа социальной услуги и произведенного количества услуг, оказанных за частичную оплату и оказанную услугу)	
					по стандарту	фактическое	платно	бесплатно						за частичную оплату
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15 = (гр. 9+гр.10) * (гр.12/гр.6*гр.7) - (гр.10*гр.14)
Итого														
ИДС														
Всего														

* в случае оказания услуг за полную стоимость равен нулю

** количество фактически оказанных услуг за отчетный период не должно превышать количество услуг, предусмотренных в ИПСУ

Наименование должности руководителя организации, являющейся поставщиком социальных услуг, место нахождения, банковские реквизиты _____ (подпись)

Дата представления отчета _____ Печать

Отчет принят: _____
 Дата _____
 Должность работника, управления социальной защиты населения, принявшего отчет _____

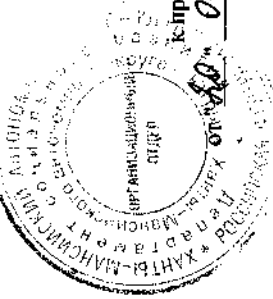
(Ф.И.О.) _____

Начальник управления социальной защиты населения по _____
 место нахождения, банковские реквизиты _____

_____ (расшифровка подписи)

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)



Приложение 3

к приказу Депсоцразвития Югры

от 01.08.2017 г. № 49/р

Заявка

на финансовое обеспечение выплаты компенсации поставщику или поставщикам социальных услуг, включенным в реестр поставщиков социальных услуг Ханты-Мансийского автономного округа - Югры, но не участвующим в выполнении государственного задания (заказа), при получении у них гражданском социальных услуг, предусмотренных индивидуальной программой предоставления социальных услуг

Представляется в Депсоцразвития Югры (отдел бюджетного планирования и экономики государственных учреждений)

№ п/п	Наименование управления социальной защиты населения	Лицевой счет УСЗН	Код вида расходов (КВР)	Наименование поставщика социальных услуг	Период оказания услуг	Сумма компенсации, руб.

Начальник управления
социальной защиты
населения

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

Исполнитель, телефон

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

