**Пособие по уходу за инвалидами 1 группы либо лицами, достигшими 80-летнего возраста**

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».
• Положение о порядке назначения и выплаты пособия по уходу за инвалидом 1 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 1 ГРУППЫ ЛИБО ЛИЦОМ, ДОСТИГШИМ 80-ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА**

Право на пособие по уходу за инвалидом I группы либо 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  со дня их обращения с заявлением и документами, названными в нижеприведенном перечне.

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 (но не более 10 дней со дня поступления последнего необходимого документа).

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

Комиссией устанавливается факт осуществления ухода за нетрудоспособным гражданином. Данный факт подтверждается актом обследования.

**3. РАЗМЕР ПОСОБИЯ**

Пособие назначается в размере 100 процентов, а при осуществлении одновременного ухода за двумя и более нетрудоспособными гражданами – в размере 120 процентов наибольшей величины бюджета прожиточного минимума в среднем на душу населения, утвержденного Правительством Республики Беларусь за два последних квартала.
 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

**Орган по труду, занятости и социальной защите к заявлению приобщает либо истребует в пятидневный срок со дня регистрации заявления следующие документы:**

 копию (выписку из) документа, удостоверяющего личность лица, достигшего 80-летнего возраста, либо копию имеющегося в его пенсионном деле документа, содержащего сведения о возрасте этого лица;

  копию заключения медико-реабилитационной экспертной комиссии (выписку 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, члена крестьянского (фермерского) хозяйства – из местных исполнительных и распорядительных органов;

при необходимости справку о неполучении пенсии лицом,

осуществляющим уход, - из органа по труду, занятости и социальной защите по месту его жительства (месту пребывания), органа Фонда социальной защиты населения Министерства труда и социальной защиты, 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.

ФОРМА

|  |  |
| --- | --- |
|   | Приложение 1к 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 Беларусь15.06.2017 № 457) |

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

(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 № | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | и другие документы | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|   | (регистрационный номер) |   | (фамилия, |

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

собственное имя, отчество (если таковое имеется) заявителя)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| принял | \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   |
|   | (дата) | (подпись работника,принявшего документы) |   |