

Приложение 1  
к приказу Департамента  
здравоохранения города Москвы  
от 22.05.2017 № 362

**Перечень отдельных категорий женщин и детей, являющихся жителями города  
Москвы, которым бесплатно предоставляются меры социальной поддержки**

Наименование категории	Меры социальной поддержки, которая предоставляется
Дети из многодетных семей в возрасте от 3 до 18 лет	Бесплатное обеспечение лекарственными препаратами по рецептам врачей
Матери, родившие и воспитавшие пять и более детей	Бесплатное изготовление и ремонт зубных протезов (кроме протезов из драгоценных металлов, фарфора, металлокерамики)
Матери, родившие и воспитавшие 10 и более детей	Бесплатное обеспечение лекарственными препаратами по рецептам врачей, бесплатное изготовление и ремонт зубных протезов (кроме протезов из драгоценных металлов, фарфора, металлокерамики)

Приложение 2  
к приказу Департамента  
здравоохранения города Москвы  
от 22.05.2017 № 362

**Положение об организации обеспечения  
мерами социальной поддержки отдельных категорий женщин и детей,  
являющихся жителями города Москвы**

1. Положение об обеспечении мерами социальной поддержки отдельных категорий женщин и детей, являющихся жителями города Москвы, устанавливает правила получения мер социальной поддержки отдельными категориями граждан, перечень которых утвержден приложением 1 к настоящему приказу.

2. Для получения мер социальной поддержки заявителем (или законным представителем) подается письменное заявление на имя руководителя медицинской организации государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающей первичную медико-санитарную помощь (приложение 2 к Приказу):

3. При подаче заявления для получения мер социальной поддержки предоставляются оригиналы следующих документов:

а) для детей из многодетных семей в возрасте от 3 до 18 лет - удостоверение многодетной семьи, свидетельство о регистрации по месту жительства (форма 8 приказа Федеральной миграционной службы от 11 сентября 2012 г. № 288 «Об утверждении административного регламента предоставления Федеральной миграционной службой государственной услуги по регистрационному учету граждан Российской Федерации по месту пребывания и по месту жительства в пределах Российской Федерации») или документы, подтверждающие установление опеки (распоряжение муниципалитета, постановление администрации территориального муниципального округа города Москвы и иные документы, подтверждающие место жительства в городе Москве), свидетельство о рождении ребенка, полис обязательного медицинского страхования ребенка, документ, удостоверяющий личность законного представителя ребенка;

б) для матерей, родивших и воспитавших пять и более детей - паспорт гражданина Российской Федерации, свидетельство о регистрации по месту жительства (форма 8 приказа Федеральной миграционной службы от 11 сентября 2012 г. № 288 «Об утверждении административного регламента предоставления Федеральной миграционной службой государственной услуги по регистрационному учету граждан Российской Федерации по месту пребывания и по месту жительства в пределах Российской Федерации»), свидетельства о рождении детей, полис обязательного медицинского страхования;

в) для матерей, имеющих 10 и более детей - паспорт гражданина Российской Федерации, свидетельство о регистрации по месту жительства (форма 8 приказа Федеральной миграционной службы от 11 сентября 2012 г. № 288 «Об утверждении административного регламента предоставления Федеральной миграционной службой государственной услуги по регистрационному учету граждан Российской Федерации по месту пребывания и по месту жительства в пределах Российской Федерации»), свидетельства о рождении детей, полис обязательного медицинского страхования.

4. Оформленные в установленном порядке заявление и прилагаемые к нему

Приложение 3  
к приказу Департамента  
здравоохранения города Москвы  
от 22.05.2017 № 362

**ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ  
ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ МЕР СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ ОТДЕЛЬНЫХ  
КАТЕГОРИЙ ЖЕНЩИН И ДЕТЕЙ, ЯВЛЯЮЩИМСЯ ЖИТЕЛЯМИ ГОРОДА  
МОСКВЫ**

\_\_\_\_\_ (должность, Ф.И.О.

руководителя медицинской организации)

**Заявление**

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. гражданина/законного представителя, год рождения)  
прошу \_\_\_\_\_ обеспечить \_\_\_\_\_ меня \_\_\_\_\_ (моего \_\_\_\_\_ ребенка)  
\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина/ребенка, год рождения,  
адрес места жительства)

мерами социальной поддержки (лекарственными препаратами / изготовления и ремонт зубных протезов (нужное подчеркнуть)).

Для подтверждения льготного статуса прилагаю копии следующих документов\* (необходимое отметить):

- паспорт гражданина Российской Федерации;
- свидетельство о регистрации по месту жительства (форма 8 приказа Федеральной миграционной службы от 11 сентября 2012 г. № 288 «Об утверждении административного регламента предоставления Федеральной миграционной службой государственной услуги по регистрационному учету граждан Российской Федерации по месту пребывания и по месту жительства в пределах Российской Федерации»);
- документы, подтверждающие установление опеки (распоряжение муниципалитета, постановление администрации территориального муниципального округа города Москвы и иные документы, подтверждающие место жительства в городе Москве);
- документ, удостоверяющий личность законного представителя ребенка;
- полис обязательного медицинского страхования гражданина/ребенка;
- удостоверение многодетной семьи;
- свидетельство(а) о рождении ребенка (детей).

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(дата) (подпись) (расшифровка)

\*Копии документов предъявляются вместе с подлинными документами.

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г.

№ 152-ФЗ "О персональных данных" я, \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина,

\_\_\_\_\_), даю согласие

или законного представителя) \_\_\_\_\_ на автоматизированную, а также

(наименование медицинской организации)

без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно совершение действий, предусмотренных пунктом 3 части 1 статьи 3 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ "О персональных данных" в редакции от 21.07.2014, со сведениями о фактах, событиях и обстоятельствах моей жизни, представленных в \_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации)

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в

письменной форме.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(дата) (подпись) (расшифровка)

Решение медицинской организации: \_\_\_\_\_

Руководитель \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
медицинской организации (подпись) (ФИО руководителя МО)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(дата)

М.П.

Заявитель ознакомлен

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(дата) (подпись) (расшифровка)