

Продолжение. Начало на 4-6-й с.

- 2. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, сведения, подтверждающие право пользования жилым помещением либо право собственности на жилое помещение, финансовый лицевой счет с места жительства; семейное, социальное положение, состав семьи; информация, подтверждающая получение пенсии (в отношении пенсионера); судимость, санитарное и техническое состояние жилого помещения по месту жительства.
3. Подтверждаю свое согласие на осуществление следующих действий с персональными данными: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, а также иных действий, необходимых для обработки персональных данных в рамках предоставления государственной услуги.
4. Настоящее согласие действует до наступления срока ликвидации персонального дела заявителя, в соответствии с действующими нормами хранения дел. Заявитель может отозвать настоящее согласие путем направления письменного уведомления не ранее окончания срока получения государственной услуги. Отзыв не будет иметь обратной силы в отношении персональных данных, прошедших обработку до поступления в силу такого отзыва.
5. В подтверждение вышесказанного, нижеподписавшийся заявитель подтверждает свое согласие на обработку своих персональных данных в соответствии с положениями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Заполняется и предоставляется в случае необходимости получения персональных данных заявителем из других органов исполнительной власти, органов местного самоуправления, подведомственных им организаций.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 6

к Положению об организации и осуществлении деятельности по опеке и попечительству в Кабардино-Балкарской Республике в отношении совершеннолетних недееспособных или не полностью дееспособных граждан, а также совершеннолетних дееспособных граждан, которые по состоянию здоровья не могут самостоятельно осуществлять и защищать свои права и исполнять обязанности, управлению имуществом безвестно отсутствующих лиц

Министру труда и социального развития КБР от гражданина(ки) (Ф.И.О.) проживающего(ой) по адресу: зарегистрированного(ой) по адресу: паспорт: серия № выдан дата рождения: число месяц год телефон: мобильный место работы (название предприятия, организации, учреждения)

Согласие

Я, (Ф.И.О.) являюсь членом семьи (указать родственные отношения) и проживаю совместно с гражданином(кой) (Ф.И.О., число, месяц, год рождения) выражившего(ей) желание стать опекуном или попечителем. Настоящим, выражаю свое согласие на совместное проживание опекуна с совершеннолетним(ей) недееспособным(ой) или не полностью дееспособным(ой) гражданином(кой) (Ф.И.О., число, месяц, год рождения) в случае принятия решения опекуном (попечителем) о совместном проживании совершеннолетнего(ей) подопечного(ой) с нами.

Одновременно, сообщаю, что несовершеннолетние члены семьи, достигшие 10-летнего возраста (указывается Ф.И.О. несовершеннолетних граждан, дата рождения, мнение - (возражающие возражаю), подпись):

- 1.
2.
3.
4.
5.
против совместного проживания с совершеннолетним(ей) недееспособным(ой) или не полностью дееспособным(ой) гражданином(кой) (Ф.И.О.)
< -> Неужное зачеркнуть.
20 г. (подпись) (расшифровка подписи)

ПРИЛОЖЕНИЕ № 7

к Положению об организации и осуществлении деятельности по опеке и попечительству в Кабардино-Балкарской Республике в отношении совершеннолетних недееспособных или не полностью дееспособных граждан, а также совершеннолетних дееспособных граждан, которые по состоянию здоровья не могут самостоятельно осуществлять и защищать свои права и исполнять обязанности, управлению имуществом безвестно отсутствующих лиц

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОСИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ГРАЖДАНИНА (ГРАЖДАНКИ), ЖЕЛАЮЩЕГО(ЕЙ) ПРИНЯТЬ ПО ОПКУ (ПОПЕЧИТЕЛСТВО)

Ф.И.О. кандидата
Дата рождения
Домашний адрес

Table with 4 columns: Специалист, Заключение, Дата осмотра, Подпись врача и руководителя учреждения, Гербовая печать. Rows include: 1. терапевт, 2. инфекционист, 3. дерматовенеролог, 4. фтизиатр, 5. невропатолог, 6. онколог, 7. психиатр, 8. нарколог.

Заключение о состоянии здоровья
Дата заключения
Подпись руководителя медицинского учреждения
Гербовая печать учреждения

Примечание. В графе «Заключение» подчеркивается слово «Выявлено» или «Не выявлено», что означает наличие или отсутствие заболеваний, указанных в Перечне заболеваний, утвержденном Постановлением Правительства Российской Федерации от 1 мая 1996 г. № 54-2. К государственным учреждениям относятся территориальные амбулаторно-поликлинические учреждения (отделения), специализированные диспансеры (отделения) системы Министерства здравоохранения Российской Федерации. Освидетельствование, при необходимости дополнительное обследование, осуществляется в учреждении здравоохранения по месту жительства кандидата. Медицинское заключение подготавливается на основании осмотра, а также данных из медицинской карты амбулаторного больного (уч. ф. № 25у-87). Заключение специалиста, осуществляющего освидетельствование гражданина (гражданки), подтверждает подписью руководителя медицинского учреждения и гербовой печатью. В медицинскую карту амбулаторного больного (уч. ф. № 25у-87) вносится запись о том, что гражданин (гражданка) прошел(а) освидетельствование, без указания его цели. Бланк «Медицинского заключения» выдается каждому кандидату на руки в органах опеки и попечительства при обращении гражданина (гражданки) с просьбой о взятии под опеку (попечительство). После заполнения и оформления в установленном порядке в учреждении здравоохранения «Медицинское заключение» возвращается в органы опеки и попечительства. Результаты медицинского освидетельствования действительны в течение 3 месяцев.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 8

к Положению об организации и осуществлении деятельности по опеке и попечительству в Кабардино-Балкарской Республике в отношении совершеннолетних недееспособных или не полностью дееспособных граждан, а также совершеннолетних дееспособных граждан, которые по состоянию здоровья не могут самостоятельно осуществлять и защищать свои права и исполнять обязанности, управлению имуществом безвестно отсутствующих лиц

ЖУРНАЛ учета актов Министерства труда и социального развития Кабардино-Балкарской Республики по вопросам опеки и попечительства

Table with 12 columns: № п/п, Ф.И.О. заявителя (Ф.И.О. подопечного), форма устройства, Дата и № акта, Отметка о вручении специалистами территориальных управлений, Дата и № удостоверения, Отметка о вручении специалистами территориальных управлений, Терр. управление, Дата, Подпись (расшифровка), Терр. управление, Дата, Подпись (расшифровка).

ПРИЛОЖЕНИЕ № 9

к Положению об организации и осуществлении деятельности по опеке и попечительству в Кабардино-Балкарской Республике в отношении совершеннолетних недееспособных или не полностью дееспособных граждан, а также совершеннолетних дееспособных граждан, которые по состоянию здоровья не могут самостоятельно осуществлять и защищать свои права и исполнять обязанности, управлению имуществом безвестно отсутствующих лиц

Министерство труда и социального развития Кабардино-Балкарской Республики

от « 20 г. № (наименование города, района)
Заключение о возможности (или невозможности) гражданина быть опекуном или попечителем
Ф.И.О. (полностью)
Дата рождения:

Адрес по месту жительства:
Адрес по месту регистрации:
Обязательные требования
1. Полная гражданская дееспособность лица, т.е. отсутствие вступивших в силу решений суда о признании гражданина недееспособным в порядке ст. 29 ГК РФ или об ограничении дееспособности гражданина в порядке ст. 30 ГК РФ.
2. Отсутствие вступившего в законную силу решения суда о лишении гражданина, вызвавшего желание быть опекуном, родительских прав (вне зависимости от времени его вынесения).
3. Отсутствие у кандидата (несной или непопеченой) судимости за умышленное преступление против жизни или здоровья граждан, ответственность за которое предусмотрено гл. 16 УК РФ.

- Факультативные требования
1. Характеристика семьи (состав, длительность брака (при наличии повторного брака (указать наличие детей от предыдущего брака), опыт общения с людьми, страдающими психическими заболеваниями, алкоголизмом, наркоманией, взаимоотношения между членами семьи, наличие близких родственников и их отношение к оформлению опеки/попечительства, характерологические особенности кандидата в опекуна/попечителя).
2) Образование и профессиональная деятельность
3) Материальное положение (имущество, размер заработной платы, иные виды доходов, соотношение размера дохода с прожиточным минимумом, установленным в регионе).
4) Мотивы к исполнению обязанностей по опеке (попечительству).
5. Способность к выполнению обязанностей опекуна или попечителя, в том числе характеристика состояния здоровья (общее состояние здоровья, отсутствие заболеваний, препятствующих оформлению опеки или попечительства) и т.д.
6. Отношения, существующие между гражданином, вызвавшим желание быть опекуном (попечителем) и лицом, нуждающимся в опеке или попечительстве (родства, свойства, бывшего свойства и др.)
7. Желание подопечного (при способности выразить его).

Желания гражданина, вызвавшего желание быть опекуном, по кандидатуре подопечного (пол, возраст, особенности характера, внешности, согласие кандидатов в опекуны или попечители на исполнение обязанностей в отношении гражданина, не являющегося родственником).

Заключение о возможности/невозможности гражданина, вызвавшего желание быть опекуном/попечителем, быть опекуном или попечителем:

(должность, Ф.И.О.) (дата, подпись)
Министр (подпись) (расшифровка подписи)
М.П.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 10

к Положению об организации и осуществлении деятельности по опеке и попечительству в Кабардино-Балкарской Республике в отношении совершеннолетних недееспособных или не полностью дееспособных граждан, а также совершеннолетних дееспособных граждан, которые по состоянию здоровья не могут самостоятельно осуществлять и защищать свои права и исполнять обязанности, управлению имуществом безвестно отсутствующих лиц

Министерство труда и социального развития Кабардино-Балкарской Республики УДОСТОВЕРЕНИЕ

№ 20 г. (наименование города)
Настоящее удостоверение выдано гражданину(ке) (Ф.И.О., число, месяц, год рождения) в том, что он(а) согласен (Ф.И.О., число, месяц, год рождения) (акт органа опеки и попечительства, дата и номер административного акта) назначен(а) опекуном(попечителем) совершеннолетнего(ей) недееспособного(ой) (не полностью дееспособного(ой) гражданина(ки)) и его имущества. (Ф.И.О., число, месяц, год рождения)

Срок действия удостоверения (число, месяц, год окончания действия удостоверения, срока действия полномочий опекуна, или наступления определенных обстоятельств)
Министр (подпись) (расшифровка подписи)
М.П.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 11

к Положению об организации и осуществлении деятельности по опеке и попечительству в Кабардино-Балкарской Республике в отношении совершеннолетних недееспособных или не полностью дееспособных граждан, а также совершеннолетних дееспособных граждан, которые по состоянию здоровья не могут самостоятельно осуществлять и защищать свои права и исполнять обязанности, управлению имуществом безвестно отсутствующих лиц

Акт обследования условий жизни гражданина, вызвавшего желание стать опекуном или попечителем совершеннолетнего недееспособного или не полностью дееспособного гражданина

Дата обследования « 20 г.
Фамилия, имя, отчество, должность лица, проводившего обследование (фамилия, имя, отчество, дата рождения гражданина, вызвавшего желание стать опекуном или попечителем совершеннолетнего недееспособного или не полностью дееспособного (гражданина) Документ, удостоверяющий личность гражданина, вызвавшего желание стать опекуном или попечителем совершеннолетнего недееспособного или не полностью дееспособного гражданина (серия, номер, кем и когда выдан) Место фактического проживания и проведения обследования условий жизни гражданина, вызвавшего желание стать опекуном или попечителем совершеннолетнего недееспособного или не полностью дееспособного гражданина

Образование гражданина, вызвавшего желание стать опекуном или попечителем совершеннолетнего недееспособного или не полностью дееспособного (гражданина)
Профессиональная деятельность <> (место работы с указанием адреса, занимаемой должности, рабочего телефона)
гражданина, вызвавшего желание стать опекуном или попечителем совершеннолетнего недееспособного или не полностью дееспособного (гражданина)

Жилая площадь, на которой проживает (фамилия, имя, отчество гражданина, вызвавшего желание стать опекуном или попечителем совершеннолетнего недееспособного или не полностью дееспособного (гражданина) составляет кв. м, состоит из комнат, размер каждой комнаты: кв. м, кв. м, кв. м на этаже в этаже дома. Качество дома (кирпичный, панельный, деревянный и т.п.; в нормальном состоянии, ветхий, аварийный; комнаты сухие, светлые, продные, количество окон и пр.)
(нужно указать)
Благоустройство дома и жилой площади (водопровод, канализация, какое отопление, газ, ванна, лифт, телефон и т.д.)
(нужно указать)
Санитарно-гигиеническое состояние жилой площади (хорошее, удовлетворительное, неудовлетворительное)

Наличие для совершеннолетнего недееспособного или не полностью дееспособного (гражданина) отдельной комнаты (в случае совместного проживания с опекуном (попечителем)) <>
На жилой площади проживают (зарегистрированы в установленном порядке и проживают фактически):

Table with 5 columns: Фамилия, имя, отчество, Год рождения, Место работы, должность или место учебы, Родственное отношение, С какого времени проживает на данной жилой площади.

Отношения, сложившиеся между членами семьи гражданина (характер взаимоотношений, особенности общения между членами семьи и т.д.)
Личные качества гражданина (особенности характера, общая культура, наличие опыта взаимодействия с совершеннолетними недееспособными или не полностью дееспособными гражданами и т.д.)
Мотивы гражданина, вызвавшего желание стать опекуном (попечителем)

(Продолжение. Начало на 4-7 я с.)

<*> недееспособного или не полностью дееспособного гражданина _____

Дополнительные данные обследования _____

Условия жизни гражданина, выразившего желание стать опекуном или попечителем совершеннолетнего недееспособного или не полностью дееспособного гражданина _____

(удовлетворительные/неудовлетворительные с указанием конкретных обстоятельств)

Подпись лица, проводившего обследование _____

(должность руководителя органа опеки и попечительства) _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.) _____

М.П.

<*> Если гражданин, выразивший желание стать опекуном (попечителем) совершеннолетнего недееспособного или не полностью дееспособного гражданина, является неработающим пенсионером, в данной строке указывается «пенсионер, не работающий».
<*> Неужное зачеркнуть.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 12

к Положению об организации и осуществлении деятельности по опеке и попечительству в Кабардино-Балкарской Республике в отношении совершеннолетних недееспособных или не полностью дееспособных граждан, а также совершеннолетних дееспособных граждан, которые по состоянию здоровья не могут самостоятельно осуществлять и защищать свои права и исполнять обязанности, управлению имуществом безвестно отсутствующих лиц

ЖУРНАЛ

УЧЕТА И РЕГИСТРАЦИИ ЗАЯВЛЕНИЙ О РАСПОРЯЖЕНИИ ИМУЩЕСТВОМ ПОДОПЕЧНЫХ

№	Дата регистрации	Фамилия, имя, отчество по-прежнему	Фамилия, имя, отчество опекуна или попечителя, год рождения	Сумма денежных средств и др. виды имущества, которыми требуется распорядиться	Цель проведения обследования* (при необходимости)	Дата принятия решения, №	Срок представления отчета (или) документов, подтверждающих права подопечных
1	2	3	4	5	6	7	8

* проводится при отчуждении имущества и распоряжении денежными средствами, в случаях, предусмотренных пп.п.п. 35.2 и 36.2 Положения

ПРИЛОЖЕНИЕ № 13

к Положению об организации и осуществлении деятельности по опеке и попечительству в Кабардино-Балкарской Республике в отношении совершеннолетних недееспособных или не полностью дееспособных граждан, а также совершеннолетних дееспособных граждан, которые по состоянию здоровья не могут самостоятельно осуществлять и защищать свои права и исполнять обязанности, управлению имуществом безвестно отсутствующих лиц

Министру труда и социального развития КБР _____ от гражданина(ки) _____ (Ф.И.О.) _____ проживающего(ой) по адресу: _____ зарегистрированного(ой) по адресу: _____ паспорт: серия _____ № _____ выдан _____ дата рождения: число _____ месяц _____ год _____ телефон _____, мобильный _____ место работы _____ (название предприятия, организации, учреждения)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу разрешить распоряжение денежными средствами, принадлежащими подопечному _____ (Ф.И.О. полностью, число, месяц, год рождения)

в размере: _____ (цифрами и прописью)
со счета _____ (указать реквизиты: номер счета, номер филиала или отделения банка, наименование банка, адрес, № филиала организации, осуществляющей доставку пенсии, адрес)

Источником денежных средств _____ (указать: пенсия, наследство, материальная помощь и т.д.)
Паспорт подопечного _____ (серия, номер, кем и когда выдан)
Адрес подопечного по месту жительства: _____
Адрес подопечного по месту регистрации: _____

Денежные средства будут израсходованы на следующие цели: _____ (указать конкретные цели расходования средств, при ремонте – указать адрес)
С закрытием счета, без закрытия счета (нужное подчеркнуть).
О переводом денежных средств на счет подопечного _____ (указать номер счета, номер филиала и отделения банка, № филиала организации, осуществляющей доставку пенсии, адрес)

Я, _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии)) даю согласие на обработку и использование персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении и в представленных мною документах.

Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.
_____ (подпись) _____ (дата) _____ (расшифровка подписи)

ПРИЛОЖЕНИЕ № 14

к Положению об организации и осуществлении деятельности по опеке и попечительству в Кабардино-Балкарской Республике в отношении совершеннолетних недееспособных или не полностью дееспособных граждан, а также совершеннолетних дееспособных граждан, которые по состоянию здоровья не могут самостоятельно осуществлять и защищать свои права и исполнять обязанности, управлению имуществом безвестно отсутствующих лиц

Министру труда и социального развития КБР _____ от гражданина(ки) _____ (Ф.И.О.) _____ проживающего(ой) по адресу: _____ зарегистрированного(ой) по адресу: _____ паспорт: серия _____ № _____ выдан _____ дата рождения: число _____ месяц _____ год _____ телефон _____, мобильный _____ место работы _____ (название предприятия, организации, учреждения)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу разрешить отчуждение жилого помещения, принадлежащего/не принадлежащего (ненужное зачеркнуть) подопечному _____ (Ф.И.О. полностью, число, месяц, год рождения)

расположенного по адресу: _____ общей площадью _____ кв.м, жилой площадью _____ кв.м, количество комнат _____, этаж _____, в _____ -этажном доме. Документ, удостоверяющий личность подопечного _____ (серия, номер, кем и когда выдан)

Дата решения суда о лишении (ограничении) дееспособности _____ Жилое помещение принадлежит на праве собственности: (Ф.И.О., число, месяц, год рождения, всех собственников, вид собственности: индивидуальная, совместная, долевая и т.д., размер долей, основание права собственности (правоустанавливающие документы – договор, свидетельство о наследстве, ордер и др.), реквизиты (дата, номер, кем выдан) правоудостоверяющих документов – (свидетельства о государственной регистрации права, справка БТИ и др.)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

В указанном жилом помещении зарегистрированы и/или проживают: (указать Ф.И.О., вид регистрации: по месту жительства, по месту пребывания)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Жилое помещение отчуждается в связи с (указать причину отчуждения жилого помещения или выбрать из предложенных: улучшение жилищных условий, смена района проживания, тяжелое материальное положение, семейные обстоятельства), с одновременным приобретением жилого помещения по адресу: _____

общей площадью _____ кв.м, жилой площадью _____ кв.м, количество комнат _____, этаж _____, в _____ -этажном доме, с оформлением права собственности на (указать Ф.И.О. собственников, число, месяц, год рождения, размер долей):
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

В приобретаемом жилом помещении будут зарегистрированы (указать Ф.И.О., вид регистрации: по месту жительства, по месту пребывания):
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Отчуждается жилое помещение за _____ руб., приобретается жилое помещение за _____ руб.
Согласие всех заинтересованных сторон имеется, имуществом государственную регистрацию по подопечного не ущемлены.
Обязуюсь зачислить разницу в стоимости отчуждаемого и приобретаемого жилых помещений в сумме _____ рублей на счет подопечного № _____, открытого в _____

(указать реквизиты: номер счета, номер филиала банка, наименование банка, адрес) _____ (если имущество принадлежит подопечному).
Обязуюсь в течение одного календарного месяца после государственной регистрации права собственности на приобретаемое жилое помещение в органе, осуществляющем государственную регистрацию прав на недвижимое имущество и сделок с ним, представить в орган опеки и попечительства подлинники и копии договора купли-продажи/иного/другое (нужное подчеркнуть) и свидетельства о государственной регистрации права собственности подопечного _____ на _____ доли в праве собственности (если имущество принадлежит подопечному), либо документа, подтверждающего право подопечного на пользование жилым помещением в приобретаемой квартире (нужное подчеркнуть).

Я, _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии)) даю согласие на обработку и использование персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении и в представленных мною документах.
Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.

_____ (дата) _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

ПРИЛОЖЕНИЕ № 15

к Положению об организации и осуществлении деятельности по опеке и попечительству в Кабардино-Балкарской Республике в отношении совершеннолетних недееспособных или не полностью дееспособных граждан, а также совершеннолетних дееспособных граждан, которые по состоянию здоровья не могут самостоятельно осуществлять и защищать свои права и исполнять обязанности, управлению имуществом безвестно отсутствующих лиц

Министру труда и социального развития КБР _____ от гражданина(ки) _____ (Ф.И.О.) _____ проживающего(ой) по адресу: _____ зарегистрированного(ой) по адресу: _____ паспорт: серия _____ № _____ выдан _____ дата рождения: число _____ месяц _____ год _____ телефон _____, мобильный _____ место работы _____ (название предприятия, организации, учреждения)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу дать разрешение на заключение договора аренды (постоянная рента, пожизненная рента, пожизненное содержание с иждивением) (нужное подчеркнуть) и передать по договору аренды имущество подопечного _____ (Ф.И.О. полностью, число, месяц, год рождения)

расположенное по адресу: _____ общей площадью _____ кв.м, жилой площадью _____ кв.м, количество комнат _____, этаж _____, в _____ -этажном доме, в собственности плательщика ренты. Документ, удостоверяющий личность подопечного _____ (серия, номер, кем и когда выдан)

Адрес подопечного по месту жительства: _____ Адрес подопечного по месту регистрации: _____

Жилое помещение принадлежит на праве собственности: (Ф.И.О., число, месяц, год рождения, всех собственников, вид собственности: индивидуальная, совместная, долевая и т.д. (размер долей); основание прав собственности (правоустанавливающие документы – договор, свидетельство о наследстве, ордер и др.), реквизиты (дата, номер, кем выдан) правоудостоверяющих документов – свидетельства о государственной регистрации права, справка БТИ и др.)

1. _____
2. _____
3. _____

В указанном жилом помещении зарегистрированы и/или проживают: (указать Ф.И.О., вид регистрации: по месту жительства, по месту пребывания)

1. _____
2. _____
3. _____

Размер денежных средств, уплачиваемых плательщиком ренты за передаваемое возмездно в собственность жилое помещение _____ (цифрами и прописью)

Плательщиком ренты будет (Ф.И.О. полностью, число, месяц, год рождения, паспортные данные плательщика ренты, место фактического проживания) _____

Размер и условия выплаты ежемесячных платежей (периодичность, размер (цифрами и прописью)): _____

Реквизиты счета подопечного, на который будут переводиться платежи (указать реквизиты: номер счета, номер филиала или отделения банка, наименование банка, адрес) _____

Место проживания подопечного после заключения договора (указать адрес): _____

Обязанность по регистрации договора ренты возлагается на плательщика ренты.

Обязуюсь в течение одного календарного месяца после государственной регистрации договора в органе, осуществляющем государственную регистрацию прав на недвижимое имущество и сделок с ним: - подлинники и копии договора ренты, зарегистрированного органом, осуществляющим государственную регистрацию прав на недвижимое имущество и сделок с ним; - документы, подтверждающие факт перечисления на счет подопечного денежных средств, уплачиваемых плательщиком ренты за передаваемое в собственность жилое помещение.

Обязуюсь представлять документы, подтверждающие перечисление плательщиком ренты ежемесячных платежей, с периодичностью в соответствии с проектом договора, где мною предусмотрено представление в орган опеки и попечительства вышеуказанных документов.

В родственных отношениях с плательщиком ренты не нахожусь.

Я, _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии)) даю согласие на обработку и использование персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении и в представленных мною документах.

Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.
_____ (дата) _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

ПРИЛОЖЕНИЕ № 16

к Положению об организации и осуществлении деятельности по опеке и попечительству в Кабардино-Балкарской Республике в отношении совершеннолетних недееспособных или не полностью дееспособных граждан, а также совершеннолетних дееспособных граждан, которые по состоянию здоровья не могут самостоятельно осуществлять и защищать свои права и исполнять обязанности, управлению имуществом безвестно отсутствующих лиц

Министру труда и социального развития КБР _____ от гражданина(ки) _____ (Ф.И.О.) _____ проживающего(ой) по адресу: _____ зарегистрированного(ой) по адресу: _____ паспорт: серия _____ № _____ выдан _____ дата рождения: число _____ месяц _____ год _____ телефон _____, мобильный _____ место работы _____ (название предприятия, организации, учреждения)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу разрешить произвести определение долей в жилом помещении по адресу: _____ общей площадью _____ кв.м, жилой площадью _____ кв.м, количество комнат _____, этаж _____, в _____ -этажном доме.

(Продолжение на 9 я с.)

(Продолжение Начала на 4-8-й с.)

доме, и определить собственность подопечного:

 (Ф.И.О. полностью, число, месяц, год рождения)
 долю в праве собственности на указанное имущество в размере _____
 на основании _____
 (правоустанавливающий документ (договор, свидетельство о праве и т.д.) и его реквизиты)
 в связи с (указать в связи с чем необходимо произвести определение долей)

Жилое помещение принадлежит на праве собственности:
 (Ф.И.О., дата рождения, всех собственников, вид собственности (индивидуальная, совместная, долевая (размер долей) и т.д.), правоустанавливающие документы (договор, свидетельство о наследстве, ордер и др.) и его реквизиты (дата, номер, кем выдан), реквизиты правоудтверждающих документов (свидетельства о государственной регистрации права, справка БТИ и др.)

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Согласие всех заинтересованных сторон имеется, имущественные и жилищные права и интересы подопечного не ущемлены. Обязуюсь в течение одного месяца после государственной регистрации _____ доли в праве собственности подопечного на жилое помещение в органе, осуществляющем государственную регистрацию прав, представить в орган опеки и попечительства подлинники и копии документов, устанавливающих и подтверждающих права на указанное жилое помещение.

Я, _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии))
 даю согласие на обработку и использование персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении и в представленных мною документах.

Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.
 _____ (дата) _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

ПРИЛОЖЕНИЕ № 17

к Положению об организации и осуществлении деятельности по опеке и попечительству в Кабардино-Балкарской Республике в отношении совершеннолетних недееспособных или не полностью дееспособных граждан, а также совершеннолетних дееспособных граждан, которые по состоянию здоровья не могут самостоятельно осуществлять и защищать свои права и исполнять обязанности, управлению имуществом безвестно отсутствующих лиц

Министру труда и социального развития КБР _____ от гражданина(ки) _____ (Ф.И.О.)
 проживающего(ой) по адресу: _____
 зарегистрированного(ой) по адресу: _____
 паспорт: серия _____ № _____ выдан _____
 дата рождения: число _____ месяц _____ год _____
 телефон _____, мобильный _____
 место работы _____ (название предприятия, организации, учреждения)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу разрешить произвести выдел в натуре доли в размере _____ из общей долевой собственности на недвижимое имущество, расположенное по адресу: _____ общей площадью _____ кв.м, жилой площадью _____ кв.м, количество комнат _____, этаж _____ в _____-этажном доме; земельный участок общей площадью _____ кв.м, принадлежащее подопечному _____

(Ф.И.О. полностью, число, месяц, год рождения)
 Доля выделяется в виде _____ общей площадью _____ кв.м, жилой площадью _____ кв.м; земельного участка общей площадью _____ кв.м, в связи с (указать в связи с чем необходим выдел доли)

Жилое помещение принадлежит на праве собственности:
 (Ф.И.О., дата рождения, всех собственников, вид собственности (индивидуальная, совместная, долевая и т.д.), размер долей, правоустанавливающие документы (договор, свидетельство о наследстве, ордер и др.) и его реквизиты (дата, номер, кем выдан), реквизиты правоудтверждающих документов (свидетельства о государственной регистрации права, справка БТИ и др.)

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Согласие всех заинтересованных сторон имеется, имущественные и жилищные права и интересы подопечного не ущемлены. Обязуюсь в течение одного календарного месяца после государственной регистрации прав собственности на вышеуказанное недвижимое имущество, в органе, осуществляющем государственную регистрацию прав на недвижимое имущество и сделок с ним, представить в орган опеки и попечительства подлинники и копии документов, устанавливающих и подтверждающих право собственности подопечного на выделенное в натуре недвижимое имущество.

Я, _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии))
 даю согласие на обработку и использование персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении и в представленных мною документах.

Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.
 _____ (дата) _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

ПРИЛОЖЕНИЕ № 18

к Положению об организации и осуществлении деятельности по опеке и попечительству в Кабардино-Балкарской Республике в отношении совершеннолетних недееспособных или не полностью дееспособных граждан, а также совершеннолетних дееспособных граждан, которые по состоянию здоровья не могут самостоятельно осуществлять и защищать свои права и исполнять обязанности, управлению имуществом безвестно отсутствующих лиц

Министру труда и социального развития КБР _____ от гражданина(ки) _____ (Ф.И.О.)
 проживающего(ой) по адресу: _____
 зарегистрированного(ой) по адресу: _____
 паспорт: серия _____ № _____ выдан _____
 дата рождения: число _____ месяц _____ год _____
 телефон _____, мобильный _____
 место работы _____ (название предприятия, организации, учреждения)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу разрешить регистрацию по месту _____ (жительства, пребывания с указанием срока)

№	Ф.И.О.	Дата рождения	Степень родства, свойства подопечному	Прежний адрес регистрации по месту жительства	Наличие в собственности жилых помещений

по адресу: _____ в связи с _____ (указать причины регистрации граждан в жилом помещении)

Жилое помещение принадлежит на праве собственности:

№	Ф.И.О. собственника	Дата рождения	Паспортные данные	Адрес регистрации по месту жительства	Доля

на основании _____ (правоустанавливающие документы (договор, свидетельство о праве и т.д.), его реквизиты).
 Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.
 _____ (дата) _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

ПРИЛОЖЕНИЕ № 19

к Положению об организации и осуществлении деятельности по опеке и попечительству в Кабардино-Балкарской Республике в отношении совершеннолетних недееспособных или не полностью дееспособных граждан, а также совершеннолетних дееспособных граждан, которые по состоянию здоровья не могут самостоятельно осуществлять и защищать свои права и исполнять обязанности, управлению имуществом безвестно отсутствующих лиц

Министру труда и социального развития КБР _____ от гражданина(ки) _____ (Ф.И.О.)
 проживающего(ой) по адресу: _____
 зарегистрированного(ой) по адресу: _____
 паспорт: серия _____ № _____ выдан _____
 дата рождения: число _____ месяц _____ год _____
 телефон _____, мобильный _____
 место работы _____ (название предприятия, организации, учреждения)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу разрешить снять с регистрационного учета по месту жительства (по месту пребывания) подопечного: _____ (Ф.И.О., дата рождения подопечного)
 паспорт подопечного _____ (серия, номер, кем, когда выдан)

в связи с _____ (указать причины снятия с регистрационного учета) с последующей регистрацией по месту жительства (месту пребывания) подопечного _____ (Ф.И.О.)
 по адресу: _____

на срок _____
 Обязуюсь представить в орган опеки и попечительства в срок до _____ документы, подтверждающие регистрацию (указать вид регистрации) подопечного _____ по адресу: _____

Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.
 _____ (дата) _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

ПРИЛОЖЕНИЕ № 20

к Положению об организации и осуществлении деятельности по опеке и попечительству в Кабардино-Балкарской Республике в отношении совершеннолетних недееспособных или не полностью дееспособных граждан, а также совершеннолетних дееспособных граждан, которые по состоянию здоровья не могут самостоятельно осуществлять и защищать свои права и исполнять обязанности, управлению имуществом безвестно отсутствующих лиц

АКТ ОБСЛЕДОВАНИЯ МАТЕРИАЛЬНО-БЫТОВЫХ УСЛОВИЙ ПРОЖИВАНИЯ

Дата проведения обследования: "___" _____ 20__ г.
 Ф.И.О. подопечного _____
 Дата рождения _____
 Место проведения обследования условий проживания: по месту жительства подопечного/в отчуждаемом жилом помещении/в приобретенном жилом помещении/в имеющемся в собственности подопечного другом жилом помещении (нужное подчеркнуть) по адресу: _____

1. Характеристика: жилого помещения: общая площадь _____ кв.м, жилая площадь _____ кв.м, количество жилых комнат _____, этаж _____ в _____-этажном доме; земельного участка: общая площадь _____ кв.м
 а) Качество дома (кирпичный, панельный, деревянный и т.п.; в нормальном состоянии, ветхий, аварийный; комнаты сухие, светлые, прохладные, количество окон и т.п.) _____

б) Благоустройство дома и жилой площади (водопровод, канализация, какое отопление, газ, ванна, лифт, телефон и т.д.) _____ (нужное указать)

в) Санитарно-гигиеническое состояние жилой площади (чистота, удовлетворительное, неудовлетворительное) _____ (нужное указать)
 г) Наличие для совершеннолетнего недееспособного или не полностью дееспособного гражданина отдельной комнаты, места для сна, заст. доступность санузла и т.д. _____ (нужное указать)

2. Сведения об имуществе подопечного: наличие, необходимых предметов быта, предметов гигиены, одежды, обуви, лекарственных средств, медицинских изделий, приборов и вспомогательных приспособлений, средств передвижения, бытовой техники и др. _____ (нужное указать)

3. Дополнительные данные обследования
 Заключение лиц, производивших обследование: _____ (О материально-бытовых условиях проживания (подопечного), жилищных условиях, нуждаемости в ремонте жилого помещения, в улучшения жилищных, коммунальных и бытовых условиях, приобретении необходимых предметов и прочее)

Подпись лица, производившего обследование: _____ (подпись) _____ (ф.и.о.)
 Подпись лица, производившего обследование: _____ (подпись) _____ (ф.и.о.)
 Подпись руководителя: _____ (подпись) _____ (ф.и.о.)

м.п. "___" _____ 20__ г.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 21

к Положению об организации и осуществлении деятельности по опеке и попечительству в Кабардино-Балкарской Республике в отношении совершеннолетних недееспособных или не полностью дееспособных граждан, а также совершеннолетних дееспособных граждан, которые по состоянию здоровья не могут самостоятельно осуществлять и защищать свои права и исполнять обязанности, управлению имуществом безвестно отсутствующих лиц

ЖУРНАЛ УЧЕТА И РЕГИСТРАЦИИ ЗАЯВЛЕНИЙ НА УСТАНОВЛЕНИЕ ПАТРОНАЖА

№ п/п	Дата регистрации	Фамилия, имя, отчество лица, нуждающегося в патронаже, его домашний адрес	Фамилия, имя, отчество лица, желающего стать помощником, его домашний адрес	Перечень представленных документов	Дата проведения обследования	Дата принятия решения, реквизиты договора поручения или иного договора	Дата прекращения или отстранения от исполнения обязанностей помощника	Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8	9

ПРИЛОЖЕНИЕ № 22

к Положению об организации и осуществлении деятельности по опеке и попечительству в Кабардино-Балкарской Республике в отношении совершеннолетних недееспособных или не полностью дееспособных граждан, а также совершеннолетних дееспособных граждан, которые по состоянию здоровья не могут самостоятельно осуществлять и защищать свои права и исполнять обязанности, управлению имуществом безвестно отсутствующих лиц

Министру труда и социального развития КБР _____ от гражданина(ки) _____ (Ф.И.О.)
 проживающего(ой) по адресу: _____
 зарегистрированного(ой) по адресу: _____
 паспорт: серия _____ № _____ выдан _____
 дата рождения: число _____ месяц _____ год _____
 телефон _____, мобильный _____
 место работы _____ (название предприятия, организации, учреждения)

ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ УСТАНОВЛЕНИИ ПАТРОНАЖА

Прошу установить в отношении меня патронаж в связи с тем, что я по состоянию здоровья не могу самостоятельно осуществлять и защищать свои права и исполнять обязанности, нуждаюсь в посторонней помощи и уходе.
 Основания установления патронажа и назначения мне помощника: _____

_____ (состояние здоровья, нуждаемость в постороннем уходе, инвалидность и т.д.)
 Нахожусь на пенсии, размер пенсии _____
 Семейное положение _____
 Наличие несовершеннолетних детей _____

Я, _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии))
 даю согласие на обработку и использование моих персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении и в представленных мною документах.
 Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.
 "___" _____ 20__ г. _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

Сведения проверил специалист органа опеки и попечительства _____ телефон _____
 (должность) _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)
 Заявление зарегистрировано: "___" _____ 20__ г. № _____

(Окончание. Начало на 4-9-й с.)

ПРИЛОЖЕНИЕ № 23

к Положению об организации и осуществлении деятельности по опеке и попечительству в Кабардино-Балкарской Республике в отношении совершеннолетних недееспособных или не полностью дееспособных граждан, а также совершеннолетних дееспособных граждан, которые по состоянию здоровья не могут самостоятельно осуществлять и защищать свои права и исполнять обязанности, управлению имуществом вечно отсутствующих лиц

Министру труда и социального развития КБР от гражданина(ки) (Ф.И.О.) проживающего(ой) по адресу: зарегистрированного(ой) по адресу: паспорт: серия № выдан дата рождения: число месяц год телефон мобильный место работы (название предприятия, организации, учреждения)

ЗАЯВЛЕНИЕ О НАЗНАЧЕНИИ ПОМОЩНИКА

Прошу назначить меня помощником совершеннолетнего дееспособного гражданина, который по состоянию здоровья не может самостоятельно осуществлять и защищать свои права и исполнять обязанности

дата рождения: число месяц год (фамилия, имя, отчество) зарегистрированного по адресу:

Настоящим, выражаю свое согласие на выполнение функций помощника.

Я, (фамилия, имя, отчество (при наличии)) даю согласие на обработку и использование моих персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении и в представленных мною документах.

Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.

" 20 г. (подпись) (расшифровка подписи)

Сведения проверил специалист органа опеки и попечительства (должность) (подпись) (расшифровка подписи) телефон

ПРИЛОЖЕНИЕ № 24

к Положению об организации и осуществлении деятельности по опеке и попечительству в Кабардино-Балкарской Республике в отношении совершеннолетних недееспособных или не полностью дееспособных граждан, а также совершеннолетних дееспособных граждан, которые по состоянию здоровья не могут самостоятельно осуществлять и защищать свои права и исполнять обязанности, управлению имуществом вечно отсутствующих лиц

Министру труда и социального развития КБР от гражданина(ки) (Ф.И.О.) проживающего(ой) по адресу: зарегистрированного(ой) по адресу: паспорт: серия № выдан дата рождения: число месяц год телефон мобильный место работы (название предприятия, организации, учреждения)

СОГЛАСИЕ НА НАЗНАЧЕНИЕ ПОМОЩНИКА

Я, (фамилия, имя, отчество) дата рождения: число месяц год зарегистрированный(ая) по адресу:

не возражаю против назначения мне помощником

дата рождения: число месяц год (фамилия, имя, отчество) зарегистрированного(ой) по адресу:

Отношения родства с кандидатом в помощники Между мной и кандидатом в помощники отсутствуют неприязненные отношения.

" 20 г. (подпись) (расшифровка подписи)

ПРИЛОЖЕНИЕ № 25

к Положению об организации и осуществлении деятельности по опеке и попечительству в Кабардино-Балкарской Республике в отношении совершеннолетних недееспособных или не полностью дееспособных граждан, а также совершеннолетних дееспособных граждан, которые по состоянию здоровья не могут самостоятельно осуществлять и защищать свои права и исполнять обязанности, управлению имуществом вечно отсутствующих лиц

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ГРАЖДАНИНА (ГРАЖДАНКИ), ЖЕЛАЮЩЕГО(ЕЙ) ОСУЩЕСТВЛЯТЬ ПАТРОНАЖ

Ф.И.О. кандидата Дата рождения Домашний адрес

Table with 4 columns: Специалист, Заключение, Дата осмотра, Подписи врача и руководителя учреждения, Гербовая печать. Rows include therapist, physiotherapist, psychiatrist, and narcologist.

Заключение о состоянии здоровья Дата заключения Подпись руководителя медицинского учреждения Гербовая печать учреждения

Примечание. В графе «Заключение» подчеркивается слово «Выявлено» или «Не выявлено», что означает наличие или отсутствие заболеваний, указанных в Перечне заболеваний, утвержденном Постановлением Правительства Российской Федерации от 1 мая 1996 г. № 542.

Освидетельствование, при необходимости дополнительное обследование, осуществляется в учреждении здравоохранения по месту жительства кандидата. Медицинское заключение составляется на основании осмотра, а также данных из медицинской карты амбулаторного больного (уч. ф. № 25/у-87).

Заключение специалиста, осуществляющего освидетельствование гражданина (гражданки), подтверждается подписью руководителя медицинского учреждения и гербовой печатью. В медицинскую карту амбулаторного больного (уч. ф. № 25/у-87) вносится запись о том, что гражданин (гражданка) прошел(а) освидетельствование, без указания его цели.

Бланк «Медицинского заключения» выдается каждому кандидату на руки в органах опеки и попечительства при обращении гражданина (гражданки) с просьбой о взытии под опеку (попечительство). После заполнения и оформления в установленном порядке в учреждении здравоохранения «Медицинское заключение» возвращается в органы опеки и попечительства.

Результаты медицинского освидетельствования действительны в течение 3 месяцев.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 26

к Положению об организации и осуществлении деятельности по опеке и попечительству в Кабардино-Балкарской Республике в отношении совершеннолетних недееспособных или не полностью дееспособных граждан, а также совершеннолетних дееспособных граждан, которые по состоянию здоровья не могут самостоятельно осуществлять и защищать свои права и исполнять обязанности, управлению имуществом вечно отсутствующих лиц

В (наименование территориального управления) от (фамилия, имя, отчество) проживающего(ей) по адресу: паспорт или иной документ, удостоверяющий личность в соответствии с законодательством Российской Федерации серия № выдан " 20 г.

Согласие на обработку персональных данных заявителя

1. Настоящим подтверждаю свое согласие на обработку Министерством труда и социального развития Кабардино-Балкарской Республики своих персональных данных, в том числе в автоматизированном режиме, а также получение и обработку полученных из иного органа исполнительной власти, органа местного самоуправления и подведомственных им организации данных в целях предоставления мне государственной

- услуги: (наименование государственной услуги)
2. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, семейной, социальное положение, состав семьи, состояние здоровья
3. Подтверждаю свое согласие на осуществление следующих действий с персональными данными: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, а также иных действий, необходимых для обработки персональных данных в рамках предоставления государственной услуги.
4. Настоящее согласие действует до наступления срока ликвидации персонального дела заявителя, в соответствии с действующими нормами хранения дел. Заявитель может отозвать настоящее согласие путем направления письменного уведомления на дату окончания срока получения государственной услуги. Отзыв не будет иметь обратной силы в отношении персональных данных, прошедших обработку до поступления в силу такого отзыва.
5. В подтверждение вышеизложенного, нижеподписавшийся заявитель подтверждает свое согласие на обработку своих персональных данных в соответствии с положениями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

(подпись) (расшифровка подписи) 20 г.
*Заполняется и предоставляется в случае необходимости получения персональных данных заявителя из других органов исполнительной власти, органов местного самоуправления, подведомственных им организаций.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 27

к Положению об организации и осуществлении деятельности по опеке и попечительству в Кабардино-Балкарской Республике в отношении совершеннолетних недееспособных или не полностью дееспособных граждан, а также совершеннолетних дееспособных граждан, которые по состоянию здоровья не могут самостоятельно осуществлять и защищать свои права и исполнять обязанности, управлению имуществом вечно отсутствующих лиц

ЖУРНАЛ УЧЕТА И РЕГИСТРАЦИИ ОТСУТСТВУЮЩИХ ЛИЦ И ЛИЦ, ПРИЗНАННЫХ СУДОМ ОТСУТСТВУЮЩИМИ

Table with 11 columns: №, Дата регистрации, Корреспондент, № дела, Ф.И.О. лица, Адрес по месту регистрации, Дата вступления в силу решения суда, № и дата принятия решения, № и дата принятия решения об освобождении от исполнения обязанностей, Ф.И.О. доверительного управляющего, Примечание.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 28

к Положению об организации и осуществлении деятельности по опеке и попечительству в Кабардино-Балкарской Республике в отношении совершеннолетних недееспособных или не полностью дееспособных граждан, а также совершеннолетних дееспособных граждан, которые по состоянию здоровья не могут самостоятельно осуществлять и защищать свои права и исполнять обязанности, управлению имуществом вечно отсутствующих лиц

В (наименование органа опеки и попечительства) от

(фамилия, имя, отчество (при наличии), гражданство, документ, удостоверяющий личность (серия, номер, кем и когда выдан), адрес места фактического проживания гражданина, выражающего желание стать доверительным управляющим имуществом подопечного или вечно отсутствующего гражданина, или реквизиты некоммерческой организации, за исключением учреждения)

Заявление гражданина или организации <>, выражившего(ей) желание стать доверительным управляющим имуществом совершеннолетнего недееспособного или не полностью дееспособного гражданина или вечно отсутствующего лица

Я, (фамилия, имя, отчество гражданина или руководителя организации) прошу передать мне в доверительное управление имущество

(фамилия, имя, отчество совершеннолетнего недееспособного или не полностью дееспособного или вечно отсутствующего лица, число, месяц, год его рождения) <> прошу передать мне в доверительное управление имущество на возмездной основе

(фамилия, имя, отчество совершеннолетнего недееспособного или не полностью дееспособного или вечно отсутствующего лица, число, месяц, год его рождения) <> * -> Неужелю зачеркнуть. Дополнительно могу сообщить о себе следующее:

(указывается наличие у гражданина необходимых знаний и навыков в осуществлении доверительного управления имуществом совершеннолетнего недееспособного или не полностью дееспособного или вечно отсутствующего гражданина, в том числе информация о наличии документа о профессиональной деятельности, предпринимательской деятельности, и т. д. для организации - предмет и цели деятельности и пр.)

Я, (фамилия, имя, отчество (при наличии)) даю согласие на обработку и использование моих персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении и в представленных мною документах.

Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю. (дата) (подпись) (расшифровка подписи)

ПРИЛОЖЕНИЕ № 29

к Положению об организации и осуществлении деятельности по опеке и попечительству в Кабардино-Балкарской Республике в отношении совершеннолетних недееспособных или не полностью дееспособных граждан, а также совершеннолетних дееспособных граждан, которые по состоянию здоровья не могут самостоятельно осуществлять и защищать свои права и исполнять обязанности, управлению имуществом вечно отсутствующих лиц

ЖУРНАЛ

учета актов Министерства труда и социального развития Кабардино-Балкарской Республики по вопросам распоряжения имуществом подопечных

Table with 12 columns: № п/п, Ф.И.О. заявителя, Дата и № акта, Суть обращения, Объем (сумма ден. ср-в, размер пенсии, стоимость отчуждаемого имущества), Цель, Решение, Дата отчета, Отыетка о вручении специалистам территориальных управлений, Терр. управление, Дата, Подпись.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 30

к Положению об организации и осуществлении деятельности по опеке и попечительству в Кабардино-Балкарской Республике в отношении совершеннолетних недееспособных или не полностью дееспособных граждан, а также совершеннолетних дееспособных граждан, которые по состоянию здоровья не могут самостоятельно осуществлять и защищать свои права и исполнять обязанности, управлению имуществом вечно отсутствующих лиц

КНИГА учета выдачи актов Министерства труда и социального развития Кабардино-Балкарской Республики по вопросам опеки и попечительства

Table with 12 columns: № п/п, Ф.И.О. заявителя, Ф.И.О. подопечного, Форма устройства, решение (освобождение, отстранение и т.д.), Номер и дата акта (заключения), Дата выдачи, Подпись заявителя (расшифровка), Номер и дата удостоверения, Дата выдачи, Подпись заявителя (расшифровка).

ПРИЛОЖЕНИЕ № 31

к Положению об организации и осуществлении деятельности по опеке и попечительству в Кабардино-Балкарской Республике в отношении совершеннолетних недееспособных или не полностью дееспособных граждан, а также совершеннолетних дееспособных граждан, которые по состоянию здоровья не могут самостоятельно осуществлять и защищать свои права и исполнять обязанности, управлению имуществом вечно отсутствующих лиц

КНИГА учета выдачи актов Министерства труда и социального развития Кабардино-Балкарской Республики по вопросам распоряжения имуществом подопечных

Table with 8 columns: № п/п, Ф.И.О. заявителя, Ф.И.О. подопечного, Решение, Номер и дата акта (письма), Дата выдачи, Подпись заявителя (расшифровка).

Министерство здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики

от 17 ноября 2011 г.

ПРИКАЗ

г. Нальчик №281-П
О порядке обеспечения лекарственных препаратами...

Министерство здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики

от 6 ноября 2009 г.

ПРИКАЗ

О предоставлении информации по проведению диспансеризации...

Целью снижения заболеваемости, инвалидности и смертности населения...
1. Главным врачом лечебно-профилактических учреждений...

Центр» Виндиковой Марине Хапжаеве (каб. 714) в срок до 5 числа месяца...
1. Руководитель органов управления здравоохранением...

Министерство здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики

от 2 декабря 2011 г.

ПРИКАЗ

Об утверждении стандартов медицинской помощи детям в Кабардино-Балкарской Республике

В рамках реализации мероприятий Программы модернизации здравоохранения...
1. Утвердить прилагаемые стандарты оказания медицинской помощи...

Министерство транспорта, связи и дорожного хозяйства Кабардино-Балкарской Республики

18 февраля 2013 г.

ПРИКАЗ

О признании утратившим силу приказа министра транспорта...

Министерство здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики

от 30 декабря 2008 г.

ПРИКАЗ

О порядке выдачи лечебно-профилактическим учреждениям системы здравоохранения...

В целях усиления контроля за оказанием платных медицинских услуг...
1. Создать Комиссию по выдаче разрешения на право предоставления платных медицинских услуг...

Министерство транспорта, связи и дорожного хозяйства Кабардино-Балкарской Республики

26 февраля 2013 г.

ПРИКАЗ

О внесении изменений в приказ Министерства транспорта, связи и дорожного хозяйства...

Министерство здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики

от 2 ноября 2009 г.

ПРИКАЗ

О порядке ведения базы данных (Регистра) больных гемофилией, муковисцидозом, гипохолестеринемией, болезнью Гоше...

В исполнение Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 04.04.2008 № 182А-О...
1. Утвердить Порядок ведения (Регистра) больных гемофилией, муковисцидозом, гипохолестеринемией, болезнью Гоше...

Министерство транспорта, связи и дорожного хозяйства Кабардино-Балкарской Республики

14 марта 2013 года

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

О регистрации депутата Парламента Кабардино-Балкарской Республики членом избирательной комиссии...

Министерство здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики

от 2 ноября 2009 г.

ПРИКАЗ

О порядке ведения базы данных (Регистра) больных гемофилией, муковисцидозом, гипохолестеринемией, болезнью Гоше...

В исполнение Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 04.04.2008 № 182А-О...
1. Утвердить Порядок ведения (Регистра) больных гемофилией, муковисцидозом, гипохолестеринемией, болезнью Гоше...

Министерство транспорта, связи и дорожного хозяйства Кабардино-Балкарской Республики

14 марта 2013 года

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

О назначении Билова Бориса Мухамедовича членом Чегемской территориальной избирательной комиссии...

Министерство энергетики, жилищно-коммунального хозяйства и тарифной политики Кабардино-Балкарской Республики

18 марта 2013 года

г. Нальчик

ПОСТАНОВЛЕНИЕ № 97

Об установлении платы за технологическое присоединение энергопринимающих устройств Министерства транспорта, связи и дорожного хозяйства Кабардино-Балкарской Республики к распределительным электрическим сетям ОАО «Нальчикская городская электросетевая компания»

В соответствии с Федеральным законом от 26 марта 2003 года № 35-ФЗ «Об электроснабжении населения Российской Федерации» от 29 декабря 2012 года № 178-О «О ценообразовании в области регулируемых цен (тарифов) в электроэнергетике», от 27 декабря 2012 года № 861-О «Об утверждении Правил недискриминационного доступа к услугам по передаче электрической энергии и оказания этих услуг, Правил недискриминационного доступа к услугам по оперативно-диспетчерскому управлению в электроэнергетике и оказания этих услуг, Правил недискриминационного доступа к услугам администратора торговой системы оптового рынка и оказания этих услуг и Правил технологического присоединения энергопринимающих устройств потребителей электрической энергии, объектов по производству электрической энергии, а также объектов электросетевого хозяйства, принадлежащих сетевым организациям и иным лицам, к электрическим сетям», постановлением Правительства Кабардино-Балкарской Республики от 28 ноября 2012 года № 264-ПП «О

Министр

Т. КУЧЕНОВ

Приложение к постановлению Министерства энергетики, жилищно-коммунального хозяйства и тарифной политики Кабардино-Балкарской Республики от 18 марта 2013 года № 7

Плата за технологическое присоединение по индивидуальному проекту энергопринимающих устройств Министерства транспорта, связи и дорожного хозяйства Кабардино-Балкарской Республики к распределительным электрическим сетям ОАО «Нальчикская городская электросетевая компания»

Table with 3 columns: № п/п, Мероприятия по технологическому присоединению к электрическим сетям ОАО «Нальчикская городская электросетевая компания», Расходы руб., (без НДС)

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КАБАРДИНО-БАЛКАРСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

объявляет конкурсы на замещение вакантных должностей руководителей государственных казенных образовательных учреждений:
- «Санаторно-лесная школа № 2»;
- «Общеобразовательная школа-интернат среднего (полного) общего образования № 3 г. Нальчика»;
- «Начальная школа - детский сад «Нальчик-20»;
- «Школа-интернат для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, № 5 с.п. Нартан».

К участию в конкурсах допускаются физические лица, имеющие высшее образование, повышение квалификации, стажировку в образовательном учреждении, опыт работы на руководящей должности, как правило, не менее года, и отвечающие требованиям, предъявляемым к кандидатуре руководителя государственного учреждения.

- Для участия в конкурсе необходимо представить следующие документы:
- собственноручно заполненный листок по учету кадров, с приложением фотографии;
- личное заявление;
- копия паспорта;
- копия документа о профессиональном образовании, дополнительном профессиональном образовании (профессионального переподготовку, повышение квалификации, стажировку);
- копия документа о присвоении ученой степени, ученого звания (при их наличии);
- копия трудовой книжки;
- справка об объектах;
- копия грамот, удостоверений к наградам;
- иные материалы, отражающие результаты профессиональной деятельности.

Документы заверяются нотариально или кадровыми службами по месту работы. Комиссия не принимает заявки с прилагаемыми к ним документами, если они поступили после истечения срока приема заявок, а также, если какой-либо из документов, указанных в информационном сообщении, отсутствует.

Конкурс проводится в один этап и состоит из собеседования. В ходе собеседования комиссия определяет личные и деловые качества претендентов, способностей соответствия руководителю государственному образовательному учреждению в пределах компетенции руководителя государственного учреждения.

Победителем конкурса признается участник, успешно прошедший собеседование и получивший наибольшее количество голосов присутствующих на заседании членов комиссии. С победителем конкурса заключается трудовой договор сроком до 5 лет - оплата труда определяется государственным образовательным учреждением, осуществляющим сотрудничество с Полюсовым государственным образовательным учреждением в пределах компетенции руководителя государственного учреждения.

Итоги конкурса подводятся в день его проведения, после завершения конкурсных процедур. Уведомление о результатах конкурса выдается его участникам или высылается по почте (заказным письмом) не позднее 5 дней с даты проведения конкурса. Прими документы для участия в конкурсе осуществляются в течение 30 дней со дня опубликования объявления по адресу: 360028, КБР, г. Нальчик, пр. Ленина, 27, Дом Правительства, отдел государственной службы и кадров Министерства образования и науки КБР, в 9 до 16 часов. Более подробную информацию о проведении конкурсов можно получить по телефону: 40-36-98, а также на сайте Минобрнауки КБР по адресу: www.edukbr.ru.

Краткая характеристика образовательных учреждений:
1. «Санаторно-лесная школа № 2»
1. Наименование учреждения - Государственное казенное оз-

ИЗВЕЩЕНИЕ

МИНИСТЕРСТВО ГОСУДАРСТВЕННОГО ИМУЩЕСТВА И ЗЕМЕЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ КБР

сообщает о наличии 7 свободных земельных участков сельскохозяйственного назначения, предлагаемых для передачи в аренду строго по назначению и расположенных:

1. КБР, Зольский район, расположенный примерно в 6,7 км на северо-восток от штаба ГП КБР - Арзгач (участок 26), кадастровый номер 07.02.30 00000.0104, общей площадью 304,9 га.
2. КБР, Зольский район, расположенный примерно в 2,4 км на северо-восток от штаба ГП КБР - Арзгач (участок 11), кадастровый номер 07.02.30 00000.0000, общей площадью 80,05 га.
3. КБР, Зольский район, расположенный примерно в 9,59 км по направлению юго-запад от ДС К-Чимчалка (участок 30а), кадастровый номер 07.02.32 00000.0020, общей площадью 72,81 га.
4. КБР, Зольский район, расположенный примерно в 9,25 км по направлению юго-запад от ДС К-Чимчалка (участок 29с), кадастровый номер 07.02.30 00000.0028, общей площадью 139,13 га.
5. КБР, Терский район, расположенный примерно в 3000 м по направлению на юго-запад от с. Хамиде, кадастровый номер 07.06.28 00000.0003, общей площадью 865 га.
6. КБР, Черекский район, расположенный примерно в 8,2 км по направлению на юго-запад от с. Ташлы-Тала (участок 48), кадастровый номер 07.06.22 00000.0009, общей площадью 466,06 га.
7. КБР, Эльбурский район, расположенный примерно 1,2 км на юго-запад от штаба ГП КБР - Каймакчалан (участок 32), кадастровый номер 07.11.10 00000.0038, общей площадью 295,09 га.

ИНФОРМАЦИОННОЕ СООБЩЕНИЕ

Министерство по средствам массовой информации, общественным и религиозным организациям Кабардино-Балкарской Республики (далее - министерство) объявляет о начале приема заявок, на участие в конкурсе социально значимых проектов, направленных на оказание социальной поддержки и защиты ветеранов и лиц с ограниченными возможностями, на развитие института семьи и повышение уровня профессионализма работников средств массовой информации среди республиканских социально ориентированных некоммерческих организации, не являющихся государственными (муниципальными) учреждениями, имеющих квалифицированное представление о состоянии общественного сектора в сфере своей деятельности, готовых в партнерстве с министерством реализовать социально значимые программы и проекты.

Цель конкурса - реализация социально значимых для Кабардино-Балкарской Республики проектов, представленных республиканскими социально ориентированными некоммерческими организациями, не являющимися государственными (муниципальными) учреждениями, по следующим направлениям:
- социальная поддержка и защита ветеранов;
- социальная поддержка и защита лиц с ограниченными возмож-

О проведении конкурса на замещение вакантной должности государственной гражданской службы Архивная служба Кабардино-Балкарской Республики

объявляет конкурс на замещение вакантной должности государственной гражданской службы консультанта сектора правового обеспечения Архивной службы КБР.

Квалификационные требования к должности консультанта: высшее профессиональное юридическое образование, стаж государственной гражданской службы на старших должностях не менее двух лет или не менее трех лет работы по специальности. Знание: Конституции РФ, Конституции КБР, законодательных и нормативных правовых актов, в соответствии с которыми регулируются отношения, связанные с государственной гражданской службой и осуществляется деятельность в соответствующей сфере; правил делового этикета; порядка работы со служебной информацией. Навыки: осуществление правовой работы, работы с нормативными актами; с информационно-коммуникационными технологиями, ведения деловых переговоров, подготовки делового письма и проектов нормативно-правовых актов.

В конкурсе на замещение должности государственной гражданской службы вправе участвовать граждане Российской Федерации, достигшие возраста 18 лет, владеющие государственным языком Российской Федерации и соответствующие установленным квалификационным требованиям. Гражданин не может быть принят на гражданскую службу в соответствии с ограничениями, установленными статьей 16 Федерального закона от 27.07.2005 № 79-ФЗ «О государственной гражданской службе Российской Федерации».

Для участия в конкурсе необходимо представить следующие документы:
- заявление с просьбой о поступлении на гражданскую службу и замещении должности гражданской службы (пишется от руки);
- собственноручно заполненную и подписанную анкету установленной формы с приложением 2 фотографий раз-

О проведении конкурса на замещение вакантной должности государственной гражданской службы Архивная служба Кабардино-Балкарской Республики

объявляет конкурс на замещение вакантной должности государственной гражданской службы начальника отдела автоматизированных архивных технологий управления центрального государственного архива Архивной службы КБР.

Квалификационные требования к должности начальника отдела: высшее профессиональное гуманитарное образование, стаж государственной гражданской службы на старших должностях не менее двух лет или не менее трех лет работы по специальности. Знание: Конституции РФ, Конституции КБР, законодательных и нормативных правовых актов, в соответствии с которыми регулируются отношения, связанные с государственной гражданской службой и осуществляется деятельность в соответствующей сфере деятельности, в области информационно-коммуникационных технологий; знание правил управления персоналом, работы с нормативными актами; а также работы с выше названными системами в области информационно-коммуникационных технологий.

В конкурсе на замещение должности государственной гражданской службы вправе участвовать граждане Российской Федерации, достигшие возраста 18 лет, владеющие государственным языком Российской Федерации и соответствующие установленным квалификационным требованиям. Гражданин не может быть принят на гражданскую службу в соответствии с ограничениями, установленными статьей 16 Федерального закона от 27.07.2005 № 79-ФЗ «О государственной гражданской службе Российской Федерации».

Для участия в конкурсе необходимо представить следующие документы:
- заявление с просьбой о поступлении на гражданскую службу и замещении должности гражданской службы (пишется от руки);

О проведении конкурса на замещение вакантной должности государственной гражданской службы Архивная служба Кабардино-Балкарской Республики

объявляет конкурс на замещение вакантной должности государственной гражданской службы начальника отдела микрофильмирования и реставрации документов управления центрального государственного архива Архивной службы КБР.

Квалификационные требования к должности начальника отдела: высшее профессиональное гуманитарное образование, стаж государственной гражданской службы на старших должностях не менее двух лет или не менее трех лет работы по специальности. Знание: Конституции РФ, Конституции КБР, законодательных и нормативных правовых актов, в соответствии с которыми регулируются отношения, связанные с государственной гражданской службой и осуществляется деятельность в соответствующей сфере деятельности, возможности и особенностей применения современных информационно-коммуникационных технологий; правил делового этикета; порядка работы со служебной информацией. Опыт работы в области архивоведения, в сфере, соответствующей направлению деятельности, навыки управления персоналом, работы с нормативными актами.

В конкурсе на замещение должности государственной гражданской службы вправе участвовать граждане Российской Федерации, достигшие возраста 18 лет, владеющие государственным языком Российской Федерации и соответствующие установленным квалификационным требованиям. Гражданин не может быть принят на гражданскую службу в соответствии с ограничениями, установленными статьей 16 Федерального закона от 27.07.2005 № 79-ФЗ «О государственной гражданской службе Российской Федерации».

Для участия в конкурсе необходимо представить следующие документы:
- заявление с просьбой о поступлении на гражданскую службу и замещении должности гражданской службы (пишется от руки);

ИНФОРМАЦИОННОЕ СООБЩЕНИЕ

Министерство по средствам массовой информации, общественным и религиозным организациям Кабардино-Балкарской Республики (далее - министерство) объявляет о проведении конкурса среди некоммерческих организаций для предоставления субсидий на реализацию проектов, направленных на повышение антикоррупционных стандартов и формирование антикоррупционного сознания в обществе.

Цель конкурса - реализация социально значимых для Кабардино-Балкарской Республики проектов, представленных республиканскими социально ориентированными некоммерческими организациями, не являющимися государственными (муниципальными) учреждениями, следующими направлениями:
- формирование успешного опыта пропаганды антикоррупционных стандартов и формирования антикоррупционного сознания в обществе;
- создание новых форм и технологий работы по профилактике коррупционных проявлений в обществе;
- привлечение успешного опыта пропаганды антикоррупционных стандартов и формирования антикоррупционного сознания в обществе;
- привлечение внимания общественности, прессы, государства, бизнеса к поддержке идеи формирования антикоррупционного сознания в обществе.

