



ООО «Стоматологический центр Приор-М»  
Адрес: 620085, г.Екатеринбург, ул.Радищева, 33  
тел. (343) 379-72-72  
тел./факс (343) 379-72-72  
[www.prior-m.ru](http://www.prior-m.ru)  
[3797272@prior-m.ru](mailto:3797272@prior-m.ru)

## ПАМЯТКА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ по использованию регионального материнского капитала на стоматологические услуги

Региональный материнский капитал может быть использован на оплату стоматологических услуг, оказываемых медицинскими организациями, расположенными на территории РФ, детям (ребенку) и (или) лицу, имеющему сертификат на областной материнский (семейный) капитал согласно подп.6 п.2 ст.6 Закона Свердловской области от 20.10.2011 №86-ОЗ «Об областном материнском (семейном) капитале» (<http://docs.cntd.ru/document/453111338>).

### Порядок оплаты стоматологических услуг по данному сертификату регламентируется:

1. Постановлением Правительства Свердловской области от 26.12.2012 №1542-ПП (<http://docs.cntd.ru/document/453124374>)
2. Постановлением Правительства СО от 03.09.2013 №1077-ПП г. Екатеринбург (<http://docs.cntd.ru/document/453129337>).

### Для оплаты стоматологических услуг по указанному сертификату необходимо:

1. Подать Заявление о распоряжении областным материнским капиталом согласно установленной формы в Управление социальной политики Министерства социальной политики Свердловской области по месту жительства (месту регистрации в паспорте)
  - Заявление о распоряжении может быть подано в любое время по истечении двух лет со дня рождения (усыновления) ребенка, в связи с рождением (усыновлением) которого предоставляется областной материнский (семейный) капитал.
  - Список реквизитов Управлений соц. защиты по г. Екатеринбургу указаны в Приложении №2 к настоящей памятке.
2. К Заявлению о распоряжении должны прилагаться следующие документы:
  - 1) паспорт гражданина Российской Федерации или иной документ, удостоверяющий личность, подтверждающий проживание на территории Свердловской области, документы, подтверждающие принадлежность к гражданству Российской Федерации, лица, получившего сертификат;
  - 2) подлинник сертификата (его дубликат);
  - 3) документ, удостоверяющий личность, место жительства (пребывания) и полномочия законного представителя лица, получившего сертификат, - в случае подачи заявления о распоряжении через законного представителя лица, получившего сертификат;
  - 4) свидетельство о рождении (об усыновлении) детей, иные документы в соответствии с федеральным законодательством, подтверждающие рождение и регистрацию детей, а также принадлежность к гражданству Российской Федерации ребенка, в связи с рождением которого возникло право на областной материнский (семейный) капитал;
  - 5) копия лицензии на право осуществления медицинской деятельности, выданную медицинской организацией и заверенную ее руководителем;
  - 6) сведения с указанием реквизитов организации, осуществляющей платные медицинские услуги: фирменное наименование (наименование), местонахождение, почтовый адрес, банковские реквизиты (ИНН, КПП, БИК, корреспондентский и расчетный счета банка, наименование банка), выданные медицинской организацией;
  - 6) договор об оказании платных медицинских услуг;
  - 7) документ, подтверждающий стоимость оказания предстоящих стоматологических услуг ребенку и (или) держателю сертификата.

Средства (часть средств) областного капитала перечисляются управлением социальной политики в безналичном порядке на указанный в заявлении банковский счет организации, осуществляющей платные медицинские услуги.

В случае удовлетворения заявления перечисление средств (части средств) областного капитала осуществляется управлением социальной политики не позднее чем через 2 месяца с даты принятия заявления.

## Заявление о распоряжении средствами (частью средств) областного материнского (семейного) капитала

*фамилия (в скобках прежняя фамилия, если изменяли), имя, отчество (при наличии)*

1. Сертификат на областной материнский (семейный) капитал (его дубликат)  
серия \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

2. Статус \_\_\_\_\_

*(мать, отец, ребенок - указать нужное)*

3. Дата рождения \_\_\_\_\_

*(число, месяц, год)*

4. Место рождения \_\_\_\_\_

*(республика, край, область, населенный пункт)*

5. Документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_

*(наименование, номер и серия документа),*

*(кем и когда выдан)*

6. Адрес места жительства \_\_\_\_\_

*(почтовый адрес места жительства, пребывания)*

*(фактического проживания)*

7. Сведения о законном представителе (заполняется в случае подачи заявления законным представителем)

*(фамилия, имя, отчество)*

*(почтовый адрес места жительства, пребывания)*

*(фактического проживания, телефон)*

8. Дата рождения \_\_\_\_\_

*(число, месяц, год)*

9. Место рождения \_\_\_\_\_

*(республика, край, область, населенный пункт)*

10. Документ, удостоверяющий личность законного представителя \_\_\_\_\_

*(наименование, номер и серия документа)*

*(кем и когда выдан)*

11. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя \_\_\_\_\_

*(наименование, номер и серия документа)*

*(кем и когда выдан)*

В случае если законным представителем либо доверенным лицом является юридическое лицо, то дополнительно указываются реквизиты, в том числе банковские, юридического лица

---

Прошу направить средства (часть средств) областного материнского (семейного) капитала

---

(указать направление использования средств (части средств) областного материнского (семейного) капитала

---

в соответствии с Законом Свердловской области [от 20 октября 2011 года N 86-ОЗ "Об областном материнском \(семейном\) капитале"](#)

---

*(в том числе размер)*

---

*реквизиты получателя*

---

Настоящим заявлением подтверждаю:

родительских прав в отношении ребенка, в связи с рождением которого возникло право на областной материнский (семейный) капитал,

---

*(не лишалась (лишался), лишалась (лишался) - указать нужное)*

---

умышленных преступлений, относящихся к преступлениям против личности в отношении ребенка (детей),

---

*(не совершала (не совершал), совершала (совершал) - указать нужное)*

---

решение об отмене усыновления ребенка, в связи с усыновлением которого возникло право на областной материнский (семейный) капитал, \_\_\_\_\_

---

*(не принималось, принималось - указать нужное)*

---

решение об отобрании ребенка, в связи с рождением которого возникло право на областной материнский (семейный) капитал, \_\_\_\_\_

---

*(не принималось, принималось - указать нужное)*

---

Об ответственности за достоверность представленных сведений предупрежден (предупреждена)

---

*(подпись заявителя)*

---

Даю согласие управлению социальной политики на обработку и использование моих персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении, а также иных данных, которые в соответствии с [Законом Свердловской области от 20 октября 2011 года N 86-ОЗ "Об областном материнском \(семейном\) капитале"](#) подлежат включению в реестр лиц, которым предоставляется областной материнский (семейный) капитал (далее - реестр). В целях реализации моих прав на областной материнский (семейный) капитал управление социальной политики вправе осуществлять сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование моих персональных данных в течение срока, необходимого для ведения реестра.

Уведомлен (уведомлена) о том, что отзыв настоящего согласия в случаях, предусмотренных [Федеральным законом от 27 июля 2006 года N 152-ФЗ "О персональных данных"](#), осуществляется на основании заявления, поданного в управление социальной политики.

Обо всех изменениях моих персональных данных обязуюсь сообщить в месячный срок.

Предупрежден (предупреждена) об ответственности за достоверность представленных мною сведений.

К заявлению прилагаю следующие документы:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*(дата) (подпись заявителя)*

\_\_\_\_\_  
*(подпись специалиста)*

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам.

Заявление и документы гражданки (гражданина) \_\_\_\_\_

приняты и зарегистрированы под номером \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*(регистрационный номер заявления)*

\_\_\_\_\_  
*(дата) (подпись специалиста)*

*(линия отреза)* ----- *(линия отреза)*

### РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ

Заявление и документы гражданки (гражданина) \_\_\_\_\_

приняты и зарегистрированы под номером \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*(регистрационный номер заявления)*

\_\_\_\_\_  
*(дата) (подпись специалиста)*

## Куда обращаться

---

### Органы государственного управления

За оформлением материнского капитала необходимо обратиться в Управление социальной защиты населения по месту жительства:

- **Управление социальной защиты населения Верх-Исетского района г. Екатеринбурга**  
Воронкова Галина Анатольевна  
г. Екатеринбург, ул. Хомякова, 14 а , 343 - 353-88-82  
Uszn28@gov66.ru
- **Управление социальной защиты населения Железнодорожного района г. Екатеринбурга**  
Минакова Наталья Витальевна  
г. Екатеринбург, ул.Седова, 52 , 343 - 323-22-67  
Uszn29@gov66.ru
- **Управление социальной защиты населения Кировского района г. Екатеринбурга**  
Ильина Наталья Федоровна  
г. Екатеринбург, ул.Генеральская, 6, 343 - 375-14-18  
Uszn30@gov66.ru
- **Управление социальной защиты населения Ленинского района г. Екатеринбурга**  
Савилова Эльвира Владимировна  
г. Екатеринбург, ул.Шейкмана, 22 , 343 - 371-55-23  
Uszn31@gov66.ru
- **Управление социальной защиты населения Октябрьского района г. Екатеринбурга**  
Запьянская Нина Александровна  
г. Екатеринбург, ул.Р.Люксембург, 52, 343 - 251-64-34  
Uszn32@gov66.ru
- **Управление социальной защиты населения Орджоникидзевского района г. Екатеринбурга**  
Бычкова Людмила Ивановна  
г.Екатеринбург, ул.Бабушкина, 22, 343 - 349-38-22  
Uszn33@gov66.ru
- **Управление социальной защиты населения Чкаловского района г. Екатеринбурга**  
Краюшкина Нина Андреевна  
г.Екатеринбург, пер.Автомобильный, 3, 343 - 217-22-50  
Uszn34@gov66.ru