



**ДЕПАРТАМЕНТ
СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ И ЗАНЯТОСТИ НАСЕЛЕНИЯ
БРЯНСКОЙ ОБЛАСТИ**

П Р И К А З

23.01.2025 № 35

г. Брянск

Об утверждении отдельных форм документов при оказании государственной социальной помощи на основании социального контракта

В соответствии с постановлением Правительства Брянской области от 23 декабря 2024 года № 702-п «Об утверждении Положения о размерах, условиях и порядке назначения и выплаты государственной помощи на основании социального контракта малоимущим семьям, малоимущим одиноко проживающим гражданам в Брянской области»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить отдельные формы документов при оказании государственной социальной помощи на основании социального контракта:

контрольный акт посещения семьи (одиноко проживающего гражданина)/посещения места осуществления индивидуальной предпринимательской деятельности (в рамках ежеквартального посещения), согласно приложению 1;

типовые формы письменных уведомлений заявителю, согласно приложению 2.

2. Признать утратившим силу приказ департамента социальной политики и занятости населения Брянской области от 10 января 2024 года № 9 «Об утверждении отдельных форм документов при оказании государственной социальной помощи на основании социального контракта».

3. Отделу назначения и выплаты социальных пособий и компенсаций (Вавилова Т.М.) для руководства в работе довести приказ до государственных казенных учреждений Брянской области отделов социальной защиты населения.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя директора департамента социальной политики и занятости населения Брянской области Волкову Г.Г.

Директор департамента



Е.А. Петров

Самыко Сергей Николаевич
8(4832)30-32-69

Приложение 1
к приказу департамента социальной
политики и занятости населения
Брянской области

от 23.01.2025 № 35

Контрольный акт посещения семьи (одинокو проживающего
гражданина)/посещения места осуществления индивидуальной
предпринимательской деятельности (в рамках ежеквартального посещения)

Социальный контракт заключен с гражданином (семьей гражданина)
_____ по мероприятию _____

Дата начала действия социального контракта _____

Дата окончания действия социального контракта _____

Дата проведения контроля «__» _____ 20__ года

*В случае если ведется личное подсобное хозяйство или
предпринимательская деятельность осуществляется по месту
жительства:*

В ходе посещения семьи установлено, что (*приобретенные животные,
оборудование, товары и т.п.*) имеются в наличии/содержатся в
удовлетворительных условиях животные и т.п., ведется личное подсобное
хозяйство/ осуществляется предпринимательская деятельность.

*В случае если индивидуальная предпринимательская деятельность
осуществляется вне дома:*

В ходе посещения (*указать место ведения ИП*) установлено, что
(*приобретенные оборудование, товары, материально-производственные
запасы и т.п.*) имеются в наличии, предпринимательская деятельность
осуществляется.

Специалист ОСЗН _____ района	ФИО	подпись
Начальник ОСЗН _____ района	ФИО	подпись

М.П.

С контрольным актом ознакомлен _____
(дата) (подпись получателя)

Приложение 2
к приказу департамента социальной
политики и занятости населения
Брянской области

от 23.01.2025 № 35

Типовые формы письменных уведомлений заявителю

Бланк учреждения

Адресат

Уведомление

о невозможности зачисления денежных средств
на счет по указанным реквизитам

Государственное казенное учреждение Брянской области «Отдел социальной защиты населения _____ района» (далее - ОСЗН) уведомляет Вас о том, что не представляется возможным зачислить выделенные Вам денежные средства в рамках оказания государственной социальной помощи на основании социального контракта, в сумме _____ рублей по причине _____.

В целях устранения выявленного обстоятельства Вам необходимо в оперативные сроки посетить ОСЗН.

«___» _____ 20 ___ г.

Начальник ОСЗН

_____ района

подпись

ФИО

Бланк учреждения

Адресат

Уведомление

о продлении срока принятия решения о назначении либо об отказе в
назначении государственной социальной помощи
на основании социального контракта

Государственное казенное учреждение Брянской области «Отдел социальной защиты населения _____ района» (далее - ОСЗН) уведомляет Вас о том, что срок вынесения решения о назначении либо об отказе в назначении государственной социальной помощи на основании социального контракта продлевается на 20 рабочих дней по причине

_____ (указать причину, предусмотренную пунктом 37 постановления Правительства Брянской области от 23 декабря 2024 года № 702-п).

«___» _____ 20 ___ г.

Начальник ОСЗН

_____ района

подпись

ФИО

Бланк учреждения

Адресат

Уведомление

о назначении государственной социальной помощи
на основании социального контракта

Государственное казенное учреждение Брянской области «Отдел социальной защиты населения _____ района» (далее - ОСЗН) уведомляет Вас о том, что на основании поданного заявления о назначении государственной социальной помощи на основании социального контракта от «___» _____ 20___ года Вам назначена государственная социальная помощь на основании социального контракта в сумме _____ рублей.

Назначенная сумма будет перечислена Вам ОСЗН на счет, указанный Вами в заявлении, в течение 30 рабочих дней.

«___» _____ 20 ___ г.

Начальник ОСЗН

_____ района

подпись

ФИО

Бланк учреждения

Адресат

Уведомление

об отказе в назначении государственной социальной помощи
на основании социального контракта

Государственное казенное учреждение Брянской области «Отдел социальной защиты населения _____ района» (далее - ОСЗН) уведомляет Вас о том, что на основании поданного заявления о назначении государственной социальной помощи на основании социального контракта от «___» _____ 20___ года Вам отказано в назначении государственной социальной помощи на основании социального контракта по причине

_____ (указать основание, предусмотренное пунктом 45 постановления Правительства Брянской области от 23 декабря 2024 года № 702-п).

« ___ » _____ 20 ___ г.

Начальник ОСЗН

_____ района

подпись

ФИО

Бланк учреждения

Адресат

Уведомление

о невозможности рассмотрения заявления о назначении государственной социальной помощи на основании социального контракта в текущем году

Государственное казенное учреждение Брянской области «Отдел социальной защиты населения _____ района» (далее - ОСЗН) уведомляет Вас о том, что не представляется возможным рассмотреть Ваше заявление о назначении государственной социальной помощи на основании социального контракта от « ___ » _____ 20___ года в _____ году по причине использования в текущем финансовом году бюджетных ассигнований федерального бюджета.

С вышеобозначенным заявлением Вам необходимо обратиться в ОСЗН в следующем _____ году, которое будет рассмотрено в приоритетном порядке.

« ___ » _____ 20 ___ г.

Начальник ОСЗН

_____ района

подпись

ФИО

Бланк учреждения

Адресат

Уведомление
о внесении изменений в социальный контракт и (или программу
социальной адаптации)

Государственное казенное учреждение Брянской области «Отдел социальной защиты населения _____ района» (далее - ОСЗН) уведомляет Вас о том, что в социальный контракт от _____ № _____ (программу социальной адаптации, являющейся неотъемлемой частью социального контракта от _____ № _____), на основании Вашей письменной просьбы /установления ОСЗН факта _____ внесены изменения.

В целях их подписания Вам необходимо в оперативные сроки посетить ОСЗН.

«___» _____ 20 ___ г.

Начальник ОСЗН

_____ района

подпись

ФИО

Бланк учреждения

Адресат

Уведомление
о перерасчете размера выплат государственной социальной помощи на
основании социального контракта

Государственное казенное учреждение Брянской области «Отдел социальной защиты населения _____ района» (далее - ОСЗН) уведомляет Вас о том, что ежемесячные выплаты, предусмотренные Вам по мероприятию поиска работы / осуществление иных мероприятий по преодолению трудной жизненной ситуации в рамках социального контракта от _____ № _____ подлежат перерасчету в связи с изменением величины прожиточного минимума для трудоспособного населения и составят _____ рублей с _____ (указать месяц).

«___» _____ 20 ___ г.

Начальник ОСЗН

_____ района

подпись

ФИО

Бланк учреждения

Адресат

Уведомление
о прекращении оказания государственной социальной помощи на
основании социального контракта

Государственное казенное учреждение Брянской области «Отдел социальной защиты населения _____ района» (далее - ОСЗН) уведомляет Вас о том, что оказание государственной социальной помощи на основании социального контракта в рамках социального контракта от _____ № ____ прекращено по причине _____ (указать основание, предусмотренное пунктом 63 постановления Правительства Брянской области от 23 декабря 2024 года № 702-п).

«__» _____ 20__ г.

Начальник ОСЗН

_____ района

подпись

ФИО