

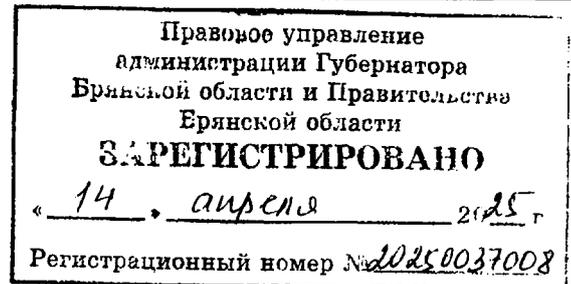


ДЕПАРТАМЕНТ СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ И ЗАНЯТОСТИ НАСЕЛЕНИЯ БРЯНСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

от 10 апреля 2025 года № 310

Об утверждении отдельных форм для предоставления субсидии на выплату компенсации поставщику (поставщикам) социальных услуг, включенному(ым) в реестр поставщиков социальных услуг, но не участвующему(им) в выполнении государственного задания (заказа)



В соответствии со статьями 78 и 78.1 Бюджетного кодекса Российской Федерации, постановлением Правительства Российской Федерации от 25 октября 2023 года № 1780 «Об утверждении Правил предоставления из бюджетов бюджетной системы Российской Федерации субсидий, в том числе грантов в форме субсидий, юридическим лицам, индивидуальным предпринимателям», приказом департамента от 6 марта 2025 года № 183 «Об утверждении Решения о порядке предоставления субсидии на выплату компенсации поставщику (поставщикам) социальных услуг, включенному(ым) в реестр поставщиков социальных услуг, но не участвующему(им) в выполнении государственного задания (заказа)»

ПРИКАЗЫВАЮ:

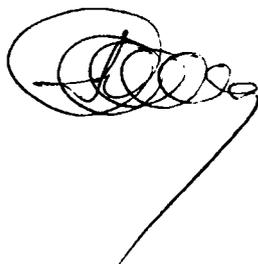
1. Утвердить форму заявки и заявления на предоставление субсидий из областного бюджета на выплату компенсации поставщику (поставщикам) социальных услуг, включенному(ым) в реестр поставщиков социальных услуг, но не участвующему(им) в выполнении государственного задания (заказа), согласно Приложению 1 к настоящему приказу.
2. Утвердить форму заявления и отчетных документов для перечисления субсидии на выплату компенсации поставщику (поставщикам) социальных услуг, включенному(ым) в реестр поставщиков социальных услуг, но не участвующему(им) в выполнении государственного задания (заказа), согласно Приложению 2 к настоящему приказу.
3. Опубликовать приказ на «Официальном интернет-портале правовой

информации» (pravo.gov.ru) и разместить на официальном сайте департамента социальной политики и занятости населения Брянской области в информационно – телекоммуникационной сети «Интернет».

4. Настоящий приказ вступает в силу со дня его официального опубликования.

5. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя директора департамента Лужецкую Л.М.

Директор департамента

 Е.А. Петров

Приложение 1
к приказу департамента
социальной политики и
занятости населения Брянской
области
от 10 апреля 2025 года № 310

Представляется в департамент социальной политики и занятости населения Брянской области

ЗАЯВКА

на предоставление субсидий на выплату компенсации поставщику (поставщикам) социальных услуг, включенному(ым) в реестр поставщиков социальных услуг, но не участвующему(им) в выполнении государственного задания (заказа)

--

(полное наименование негосударственной организации)

Сокращенное наименование некоммерческой организации	
Организационно-правовая форма	
Дата регистрации (при создании до 1 июля 2002 г.)	
Дата внесения записи о создании в Единый государственный реестр юридических лиц (при создании после 1 июля 2002 г.)	
Основной государственный регистрационный номер	
Код по Общероссийскому классификатору продукции (ОКПО)	
Код(ы) по Общероссийскому классификатору внешнеэкономической деятельности (ОКВЭД)	
Индивидуальный номер налогоплательщика (ИНН)	
Код причины постановки на учет (КПП)	
Номер расчетного счета	
Наименование банка	
Банковский идентификационный код (БИК)	

Номер корреспондентского счета	
Адрес (место нахождения) постоянно действующего органа организации	
Почтовый адрес	
Телефон	
Сайт в сети Интернет	
Адрес электронной почты	
Наименование должности руководителя	
Фамилия, имя, отчество руководителя	
Телефон	
Адрес электронной почты	
Фамилия, имя, отчество главного бухгалтера	
Телефон	
Адрес электронной почты	
Фамилия, имя, отчество руководителя программы	
Телефон	
Адрес электронной почты	
Количество и наименования субъектов Российской Федерации, на территории которых были реализованы проекты организации	
Численность работников	
Численность добровольцев	
Численность учредителей (участников, членов)	
Общая сумма денежных средств, полученных организацией в предыдущем году, тыс. рублей	
в том числе:	
гранты российских некоммерческих организаций, тыс. рублей	
пожертвования российских организаций, тыс. рублей	
пожертвования физических лиц, тыс. рублей	
средства, предоставленные из федерального бюджета, тыс. рублей	
средства, предоставленные из бюджетов субъектов Российской Федерации, местных бюджетов, тыс. рублей	
доход от целевого капитала, тыс. рублей	
иные поступления, тыс. руб.	

Информация о видах деятельности, осуществляемых негосударственной организацией

Информация о социальных услугах и гражданах их получающих в организации социального обслуживания для осуществления мероприятий на которые запрашивается субсидия из областного бюджета	
Наименование услуг	
Количество граждан, получающих социальные услуги на дому, в полустационарной или стационарной форме (нужное подчеркнуть) сотрудниками организации всего	
Количество граждан, имеющих утвержденные ИППСУ, получающих социальные услуги на дому, в полустационарной или стационарной форме (нужное подчеркнуть) сотрудниками организации, для осуществления которых запрашивается субсидия из областного бюджета	
Сроки предоставления социальных услуг, для осуществления которых запрашивается субсидия из областного бюджета	
Общая сумма планируемых расходов на предоставление социальных услуг с учетом платы получателей услуг, рублей	
Запрашиваемый размер субсидии из областного бюджета, рублей	

Краткое описание кадрового потенциала негосударственной организации

Достоверность информации (в том числе документов), представленной к заявке на предоставление субсидий на выплату компенсации поставщику (поставщикам) социальных услуг, включенному(ым) в реестр поставщиков социальных услуг и не участвующему(им) в выполнении государственного задания (заказа), подтверждаю.

С условиями предоставления субсидии на выплату компенсации поставщику социальных услуг из областного бюджета ознакомлен(а) и согласен (на).

(наименование должности руководителя некоммерческой организации)	(подпись)	(фамилия, инициалы)
---	-----------	---------------------

“ ____ ” _____ 20__ г. М.П.

ЗАЯВЛЕНИЕ
о предоставлении Субсидии

наименование Получателя, ИНН, КПП, адрес

в соответствии с Решением о порядке предоставления субсидии на выплату компенсации поставщику (поставщикам) социальных услуг, включенному(ым) в реестр поставщиков социальных услуг, но не участвующему(им) в выполнении государственного задания (заказа), утвержденным приказом департамента социальной политики и занятости населения Брянской области от 6 марта 2025 года № 183, просит предоставить Субсидию в размере _____ рублей

сумма прописью

в целях предоставления гражданам, признанным нуждающимися в социальном обслуживании, социальных услуг.

Опись документов, предусмотренных пунктом 22 Решения, прилагается.

Приложение: на ___ л. в ___ экз.

Приложение 2
к приказу департамента
социальной политики и
занятости населения Брянской
области
от 10 марта 2025 года № 310

**Форма заявления и отчетных документов для перечисления субсидии на выплату компенсации поставщику
(поставщикам) социальных услуг, включенному(ым) в реестр поставщиков социальных услуг, но не
участвующему(им) в выполнении государственного задания (заказа)**

В департамент социальной политики
и занятости населения Брянской области

от _____
(наименование должности, Ф.И.О.

руководителя заявителя - поставщика

социальных услуг)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о перечислении субсидии на выплату компенсации за предоставленные социальные
услуги поставщиком социальных услуг, не участвующим
в выполнении государственного задания (заказа)

В соответствии с пунктом 14 Решения о порядке предоставления субсидии на выплату компенсации поставщику (поставщикам) социальных услуг, включенному(ым) в реестр поставщиков социальных услуг, но не участвующему(им) в выполнении государственного задания (заказа), утвержденном приказом департамента социальной политики и занятости населения Брянской области от 6 марта 2025 года № 183 прошу перечислить за счет средств бюджета Брянской области субсидию на выплату компенсации за предоставленные социальные услуги получателям социальных услуг в сумме:
_____ руб. _____ коп.

Сообщаем следующие сведения:

1. Полное наименование _____
2. Местонахождение _____
3. Почтовый адрес _____

4. Адрес электронной почты _____
 5. Телефон, факс _____
 6. ОГРН (ОГРНИП) _____
 7. ИНН _____
 8. КПП _____
 9. ОКТМО _____
 10. Банковские реквизиты:
 наименование банка _____
 расчетный счет _____
 корреспондирующий счет _____
 банка _____
 ИНН/КПП банка _____

Достоверность и полноту сведений, содержащихся в настоящем заявлении и прилагаемых к нему документах, подтверждаем.

Об ответственности за представление неполных или заведомо недостоверных сведений и документов предупреждены.

Уведомлены о том, что в случаях установления ложных сведений в целях получения компенсации, а также в результате обнаружения счетной ошибки обязаны возратить излишне полученную сумму компенсации в доход бюджета Брянской области.

Информацию о результатах рассмотрения настоящего заявления и прилагаемых к нему документов просим направлять по следующему адресу (нужное отметить знаком V):

почтовому

электронной почты

К заявлению прилагаются:

N п/п	Наименование документов	Количество	
		экземпляров	страниц
1.			
2.			

3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

" ____ " _____ 20 ____ г. _____
 (дата) (подпись заявителя) (расшифровка подписи)

М.П.

РЕЕСТР ПОЛУЧАТЕЛЕЙ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ

за _____
 (указать период (месяц, квартал, год))

№ п/п	Фамилия, имя, отчество получателя социальной услуги	Паспортные данные (серия, номер, дата выдачи, кем)	Адрес по месту регистрации	Адрес по месту жительства	Реквизиты договора о предоставлении социальных услуг (дата, номер)	Реквизиты индивидуальной социальной программы (дата выдачи, номер)	Наименование социальной услуги	Объем социальной услуги, предусмотренный индивидуальной программой	Объем социальной услуги, фактически предоставленный (ед.)	Сумма платы за предоставленную социальную услугу (руб.)
-------	---	--	----------------------------	---------------------------	--	--	--------------------------------	--	---	---

		выдан)						(ед.)		

Руководитель _____

(подпись) (расшифровка подписи)

Главный бухгалтер _____

(подпись) (расшифровка подписи)

" ____ " _____ 20 ____ г.

М.П.

**ГРАФИК РАБОТЫ СПЕЦИАЛИСТА(ОВ), ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИХ СОЦИАЛЬНЫЕ УСЛУГИ
(СОЦИАЛЬНЫЙ РАБОТНИК, ПСИХОЛОГ, ЛОГОПЕД, СОЦИАЛЬНЫЙ ПЕДАГОГ И ДРУГИЕ СПЕЦИАЛИСТЫ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИЕ УСЛУГИ В РАМКАХ
ИППСУ ГРАЖДАНИНУ, РЕБЕНКУ)**

на _____ 20 ____ г.
(месяц)

ФИО получателя услуг	Время начала и окончания посещения, занятия	ФИО СПЕЦИАЛИСТА						
		Понедельник	Вторник	Среда	Четверг	Пятница	Суббота	Воскресенье

С ГРАФИКОМ РАБОТЫ ОЗНАКОМЛЕН _____ (РАСШИФРОВКА ПОДПИСИ)

**ПЛАН-ОТЧЕТ
ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ**

за _____ 20__ г.
(месяц)

Наименование социальной услуги по ИППСУ ¹	Объем и периодичность социальной услуги по ИППСУ	№ посещения (до обеда, после обеда)	ФИО специалиста																														
			число месяца																														
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
			день недели (пн, вт, ср, чт, пт, сб, вс)																														
		1																															
		2																															

¹ Перечень социальных услуг по уходу заполняется в соответствии с индивидуальной программой предоставления социальных услуг, заполняется каждым специалистом, предоставлявшим услугу (и), отдельно.

	услуги		услуг, предусмотренный индивидуальной программой (ед.)	услуг, рассчитанная исходя из объема, предусмотренного индивидуальной программой (руб.)	услуг, фактически предоставленных получателям (ед.)	услуги, рассчитанная исходя из объема фактически предоставленных услуг (руб.)	социальные услуги, полученная от получателей услуг (руб.)	к выплате (руб.)
1	2	3	4	гр. 5 = гр. 3 x гр. 4	6	гр. 7 = гр. 3 x гр. 6	8	9

<*> В случае если гр. 6 <= гр. 4, то размер компенсации рассчитывается по формуле: гр. 9 = гр. 7 - гр. 8.

Руководитель _____
 _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

Главный бухгалтер _____
 М.П. _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)
 " ____ " _____ 20 ____ г.

Отметка департамента социальной политики и занятости населения Брянской области (нужное подчеркнуть): предоставить компенсацию; отказать в предоставлении компенсации.

Уполномоченное лицо _____
 _____ (должность) _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

Расчет проверил _____
 _____ (должность) _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)
 " ____ " _____ 20 ____ г.