

ЕЖЕМЕСЯЧНАЯ КОМПЕНСАЦИЯ НА ПОЛНОЦЕННОЕ ПИТАНИЕ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ, КОРМЯЩИМ МАТЕРЯМ, А ТАК ЖЕ ДЕТЯМ В ВОЗРАСТЕ ДО ТРЕХ ЛЕТ

НОРМАТИВНЫЙ АКТ: областной закон от 17.11.2017г. № 72-оз «Социальный Кодекс Ленинградской области»

КРУГ ЛИЦ, ИМЕЮЩИХ ПРАВО НА ЕЖЕМЕСЯЧНУЮ КОМПЕНСАЦИЮ НА ПИТАНИЕ

Право на ежемесячную денежную компенсацию на полноценное питание беременным женщинам, кормящим матерям, а также детям в возрасте до трех лет (далее - ежемесячная денежная компенсация) предоставляется по заключению врача:

- 1) беременным женщинам, состоящим на медицинском учете в медицинской организации в связи с беременностью, при сроке беременности не менее 12 недель;
- 2) кормящим матерям в течение шести месяцев с момента родов при условии нахождения ребенка на грудном вскармливании либо детям в возрасте до двух лет;
- 3) детям в возрасте от двух до трех лет.

Ежемесячная денежная компенсация предоставляется лицам, у которых среднедушевой денежный доход члена семьи не превышает 40% величины среднего дохода, сложившегося в Ленинградской области (на 2018 год – **11 880 руб.** на каждого члена семьи).

ДОКУМЕНТЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ДЕНЕЖНОЙ КОМПЕНСАЦИИ

Для назначения ежемесячной денежной компенсации граждане предоставляют:

- заявление, согласие на обработку персональных данных;
- паспорт (копию и оригинал);
- свидетельство о рождении ребенка (детей) (оригинал и копию);
- документы, подтверждающие сведения о доходах каждого члена семьи за шесть последних календарных месяцев, предшествующих месяцу обращения (за исключением документов о получаемых пенсиях и социальных выплатах);
- документы, подтверждающие проживание на территории Ленинградской области и состав семьи;
- заключение врача, подтверждающее наличие медицинских показаний для обеспечения полноценным питанием:
 - на детей - заключение, выданное врачом - педиатром медицинской организации, осуществляющей свою деятельность в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
 - беременным женщинам – заключение, выданное врачом акушером- гинекологом женской консультации по месту наблюдения женщины в медицинской организации, осуществляющей свою деятельность в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- справку органа социальной защиты населения по месту жительства другого родителя о неполучении им ежемесячной компенсации на питание (может быть запрошена органом социальной защиты населения в рамках межведомственного взаимодействия);
- реквизиты счета в рублях, открытого гражданином в кредитной организации.

РАЗМЕР ПОСОБИЯ:

- **беременным женщинам** (при сроке беременности не менее 12 недель), **кормящим матерям** – в размере **900 руб.**,
- **детям в возрасте до двух лет** – в размере **900 руб.**,
- **детям в возрасте от двух до трех лет** – в размере **800 руб.**

ЕЖЕМЕСЯЧНАЯ ДЕНЕЖНАЯ КОМПЕНСАЦИЯ НАЗНАЧАЕТСЯ:

1) **беременным женщинам** - с месяца подачи заявления со всеми необходимыми документами, но не ранее срока беременности 12 недель, до первого числа месяца, следующего за предполагаемой датой родов;

2) **кормящим матерям** - с месяца рождения ребенка, если обращение последовало не позднее шести месяцев со дня рождения ребенка, но не ранее дня прекращения назначенной в связи с беременностью выплаты ежемесячной денежной компенсации, до первого числа месяца, следующего за месяцем достижения ребенком возраста шести месяцев;

3) **детям в возрасте до двух лет** - с месяца рождения ребенка, если обращение последовало не позднее шести месяцев с даты рождения ребенка, но не ранее дня прекращения выплаты ежемесячной денежной компенсации кормящей матери, до первого числа месяца, следующего за месяцем достижения ребенком возраста двух лет;

4) **детям в возрасте до трех лет** - с месяца, следующего за месяцем достижения ребенком возраста двух лет, но не ранее дня прекращения выплаты ежемесячной денежной компенсации детям в возрасте до двух лет, до первого числа месяца, следующего за месяцем достижения ребенком возраста трех лет.

Ежегодно заявитель подтверждает свое право на получение ежемесячной компенсации.

ДЛЯ ОФОРМЛЕНИЯ ОБРАЩАТЬСЯ:

1. В комитете социальной защиты населения администрации Тихвинского района: Тихвин, 6 микрорайон, дом 11, кабинет 10. Приемный день: вторник с 8.00 до 13.00, телефон: 51-449

2. В филиал ГБУ ЛО « Многофункциональный центр » « Тихвинский»: г.Тихвин, 1 микрорайон, дом 2. Приемные дни: с понедельника по воскресенье с 9.00 до 21.00, телефон: 8(812) 456-33-13.