

31/08/2020



ПРАВИТЕЛЬСТВО СЕВАСТОПОЛЯ

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА СЕВАСТОПОЛЯ

П Р И К А З

«27» 08.2020

№ 922

О внесении изменений в приказ Департамента здравоохранения города Севастополя от 24.08.2020 № 906 «О порядке обеспечения полноценным питанием беременных женщин, кормящих матерей, детей по заключению врачей в городе Севастополе»

В целях совершенствования обеспечения полноценным питанием отдельных категорий граждан и обеспечения адресного представления мер социальной поддержки, на основании ст. 52 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», во исполнение постановления Правительства Севастополя от 14.08.2020 № 423-ПП «О порядке обеспечения полноценным питанием беременных женщин, кормящих матерей, детей по заключению врачей в городе Севастополе», руководствуясь Положением о Департаменте здравоохранения города Севастополя, утвержденного постановлением Правительства Севастополя от 17.03.2015 № 182-ПП

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести в приказ Департамента здравоохранения города Севастополя от 24.08.2020 № 906 «О порядке обеспечения полноценным питанием беременных женщин, кормящих матерей, детей по заключению врачей в городе Севастополе» следующие изменения:

1.1. Дополнить приказ пунктом 3.1.:

«Главным врачам Государственных бюджетных учреждения здравоохранения Севастополя «Городская больница № 4 (Гавриляк В.Г.), «Городская больница № 9» (Волкова Е.В.), «Городская больница № 5 – «Центр охраны здоровья матери и ребенка» (Большакова Е.С.) организовать выдачу направлений для обеспечения полноценным питанием отдельных категорий детей по заключению врачей в городе Севастополе в порядке, установленном приложением № 2 к настоящему приказу».

1.2. Изложить приложение № 2 к приказу в новой редакции (прилагается).

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя директора Департамента здравоохранения города Севастополя Нусинова В.М.

Директор Департамента
здравоохранения города Севастополя –
член Правительства Севастополя



С.Ю. Шеховцов

Приложение
к приказу Департамента
здравоохранения
города Севастополя
от «27» 08 2020 № 922

Приложение № 2
к приказу Департамента
здравоохранения
города Севастополя
от «24» августа 2020 № 906

ПОРЯДОК
обеспечения полноценным питанием отдельных категорий детей
по заключению врачей в городе Севастополе

1. Порядок обеспечения полноценным питанием отдельных категорий детей по заключению врачей в городе Севастополе (далее – Порядок) разработан с целью реализации мер по обеспечению полноценным питанием детей, проживающих в городе Севастополе и прикрепленных к медицинским организациям, подведомственным Департаменту здравоохранения города Севастополя:

1.1. в возрасте до трех лет из многодетных и малоимущих семей, детей-инвалидов по заключению врачей по медицинским показаниям, характеризующим нуждаемость в сбалансированном и полноценном питании;

1.2. в возрасте до года по заключению врачей по медицинским показаниям, характеризующим нуждаемость в сбалансированном и полноценном питании.

2. Департамент здравоохранения города Севастополя (далее – Департамент здравоохранения) является уполномоченным исполнительным органом государственной власти по вопросам организации обеспечения полноценным питанием указанных в п. 1 настоящего Порядка категорий детей.

3. Полномочия по закупке полноценного питания для отдельных категорий детей в соответствии с настоящим Порядком передаются Государственному бюджетному учреждению здравоохранения Севастополя «Городская больница № 5 – «Центр охраны здоровья матери и ребенка» с предоставлением финансового обеспечения в виде субсидий на иные цели, не связанные с выполнением государственного задания.

4. Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Севастополя «Городская больница № 5 – «Центр охраны здоровья матери и ребенка» обеспечивает:

4.1. закупку, отпуск и учет полноценного питания и/или закупку комплексной услуги по организации обеспечения отдельных категорий детей полноценным питанием сторонними организациями с целью расширения сети пунктов отпуска молочных продуктов в установленном действующим законодательством порядке;

4.2. формирование и предоставление отчетов по реализации мер обеспечения полноценным питанием по форме и в сроки, установленные Департаментом здравоохранения;

4.3. хранение документов по вопросам предоставления полноценного питания (заявления, направления, реестры направлений) в течение пяти лет;

4.4. утверждение локальным правовым актом:

- порядка отпуска и учета полноценного питания;
- перечня пунктов выдачи сторонних организаций, сформированный на основании заключенных договоров. В случае изменений перечень актуализируется в течение одного дня, а также ежемесячно направляется для сверки в Главное управление информатизации и связи города Севастополя на адрес электронной почты guis@sev.gov.ru.

5. Медицинскими показаниями, характеризующими нуждаемость в сбалансированном и полноценном питании, при наличии которых осуществляется обеспечение полноценным питанием отдельных категорий детей, является несбалансированное питание и отсутствие медицинских противопоказаний.

6. Нормы обеспечения полноценным питанием и возраст отдельных категорий детей по заключению врачей в городе Севастополе установлены в приложении № 1 к настоящему Порядку.

7. Обеспечение полноценным питанием осуществляется на основании заявления одного из родителей (законных представителей) ребенка (детей) в возрасте до трех лет по форме согласно приложению № 2 к настоящему Порядку, поданного в медицинскую организацию по месту прикрепления ребенка либо через Региональный портал государственных услуг.

8. При обращении с заявлением в медицинскую организацию по месту прикрепления ребенка один из родителей (законных представителей) детей предъявляет:

- документ, удостоверяющий личность;
- документ, подтверждающий регистрацию ребенка (детей) по месту жительства в городе Севастополе (для категорий детей, указанных в 1.1. настоящего Порядка).

9. Государственные бюджетные учреждения здравоохранения Севастополя «Городская больница № 4», «Городская больница № 9», «Городская больница № 5 – «Центр охраны здоровья матери и ребенка» обеспечивают:

9.1. прием заявлений от пациентов по форме согласно приложению № 2 к настоящему Порядку в отдельно выделенном кабинете для приема заявлений и выдачи направлений, непосредственно на приеме врача либо в форме электронного документа;

9.2. выдачу направлений для обеспечения полноценным питанием отдельных категорий детей по заключению врачей в городе Севастополе в отдельно выделенном кабинете для приема заявлений и выдачи направлений либо непосредственно на приеме врача.

9.3. утверждение локальным нормативным актом списка медицинских работников, имеющих право оформления направлений на выдачу полноценного питания.

10. Заявление рассматривается в день обращения заявителя в медицинскую организацию по месту прикрепления ребенка (детей).

При подаче заявления через Региональный портал государственных услуг заявление рассматривается в течение трех рабочих дней.

11. Результатом рассмотрения заявления является выдача направления для обеспечения полноценным питанием отдельных категорий детей по заключению врачей в городе Севастополе по форме, установленной приложением № 3 к настоящему Порядку (далее – направление), либо выдача мотивированного отказа по форме согласно приложению № 4 к настоящему Порядку.

При подаче заявления через Региональный портал государственных услуг заявителю направляется уведомление о пройденной/непройденной проверке по форме, установленной приложением № 5 к настоящему Порядку.

12. Обеспечение полноценным питанием отдельных категорий детей в городе Севастополе осуществляется в одном из пунктов выдачи медицинского учреждения, выбранном заявителем из указанных в форме заявления, либо в одном из пунктов выдачи сторонних организаций, выбранном заявителем на Региональном портале государственных услуг.

13. Выдача полноценного питания отдельным категориям детей в городе Севастополе производится один раз в неделю в объемах в соответствии с приложением № 1 к настоящему порядку.

14. Обеспечение полноценным питанием отдельных категорий детей осуществляется с момента предоставления направления в пункт отпуска молочной кухни, указанный в направлении.

15. Направление содержит заключение врача о наличии медицинских показаний, характеризующих нуждаемость в сбалансированном и полноценном питании, выдается одному из родителей (законных представителей) на каждого рожденного, усыновленного, принятого под опеку (попечительство) совместно проживающего с ним ребенка по форме, утвержденной приложением № 3 к настоящему Порядку, и приобщается к амбулаторной карте пациента и (или) истории развития ребенка.

16. Направление выдается на срок до двенадцати недель.

17. При наличии технической возможности направление прикрепляется в «Личном кабинете» заявителя на Региональном портале государственных услуг.

18. Сведения о получателях мер социальной защиты (поддержки), социальных услуг, предоставляемых в рамках социального обслуживания и государственной социальной помощи, иных социальных гарантий и выплат

(далее – меры социальной защиты (поддержки), и предоставленных мерах социальной защиты (поддержки), а также другие сведения, предусмотренные действующим законодательством Российской Федерации, в установленном порядке размещаются в Единой государственной информационной системе социального обеспечения (далее – ЕГИССО). Получение информации из ЕГИССО о получателях мер социальной защиты (поддержки) и мерах социальной защиты (поддержки), ее обработка и использование в целях осуществления Департаментом здравоохранения города Севастополя своих полномочий осуществляются согласно действующему законодательству Российской Федерации.

Приложение № 1
к Порядку обеспечения
полноценным питанием
отдельных категорий детей
по заключению врачей
в городе Севастополе

Утвержден приказом
Департамента
здравоохранения
города Севастополя
от «24» августа 2020 № 906

Нормы обеспечения
полноценным питанием отдельных категорий детей
по заключению врачей в городе Севастополе

1. Дети в возрасте до трех лет из многодетных и малоимущих семей,
дети-инвалиды по заключению врачей по медицинским показаниям,
установленным Департаментом здравоохранения города Севастополя

Отдельная категория ребенка	Перечень продуктов	Месячный объем продуктов на ребенка	Объем продуктов в упаковке	Количество упаковок в неделю, шт.	Рекомендуемая периодичность выдачи
Дети в возрасте шести и семи месяцев	Творог детский	Не менее 600 гр.	50 гр.	3	1 раз в неделю
Дети от восьми до двенадцати месяцев	Творог детский	Не менее 900 гр.	50 гр.	5	1 раз в неделю
	Кефир детский	Не менее 4500 гр.	200 гр.	6	1 раз в неделю
	Молоко	Не менее 6000 мл.	200 гр.	7	1 раз в неделю
Дети от тринадцати месяцев до двадцати четырех месяцев	Творог детский	Не менее 1500 гр.	50 гр.	7	1 раз в неделю
	Молоко	Не менее 12000 мл.	200 гр.	14	1 раз в неделю
	Кефир детский	Не менее 6000 гр.	200 гр.	7	1 раз в неделю

Отдельная категория ребенка	Перечень продуктов	Месячный объем продуктов на ребенка	Объем продуктов в упаковке	Количество упаковок в неделю, шт.	Рекомендуемая периодичность выдачи
Дети от двадцати пяти месяцев до тридцати шести месяцев	Творог детский	Не менее 1500 гр.	50 гр.	7	1 раз в неделю
	Кефир детский	Не менее 6000 гр.	200 гр.	7	1 раз в неделю
	Молоко	Не менее 12000 мл.	200 гр.	14	1 раз в неделю

2. Дети в возрасте до года по заключению врачей по медицинским показаниям, установленным Департаментом здравоохранения города Севастополя

Отдельная категория ребенка	Перечень продуктов	Месячный объем продуктов на ребенка	Объем продуктов в упаковке	Количество упаковок в неделю, шт.	Рекомендуемая периодичность выдачи
Дети в возрасте шести и семи месяцев	Творог детский	Не менее 600 гр.	50 гр.	3	1 раз в неделю
Дети в возрасте от восьми до двенадцати месяцев	Творог детский	Не менее 900 гр.	50 гр.	5	1 раз в неделю
	Кефир детский	Не менее 4500 гр.	200 гр.	6	1 раз в неделю
	Молоко	Не менее 6000 мл.	200 гр.	7	1 раз в неделю

Приложение № 2
к Порядку обеспечения
полноценным питанием
отдельных категорий детей
по заключению врачей
в городе Севастополе

Утвержден приказом
Департамента
здравоохранения
города Севастополя
от «24» августа 2020 № 906

Форма заявления
на обеспечение полноценным питанием отдельных категорий детей
по заключению врачей в городе Севастополе

(должность, ФИО
руководителя медицинской организации)

Заявление

Я, _____,
(ФИО гражданина — законного представителя ребенка льготной категории)

проживающий по адресу: _____

контактный телефон: _____

документ, удостоверяющий личность: _____

(наименование документа, удостоверяющего личность, серия и №, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

СНИЛС ребенка: □□□-□□□-□□□-□□

(наименование категории льготы)

прошу включить в список получателей полноценным питанием отдельных категорий детей
по заключению врачей в городе Севастополе

(ФИО ребенка, число, месяц, год рождения)

Пункт выдачи продуктов детского молочного питания:

☐ ул. Ленина, 34

☐ ул. Юмашева, 19

☐ пр. ген. Острякова, 211А

☐ ул. адм. Макарова, 31

(адрес иного пункта выдачи)

« _____ » _____ 20 _____ г.
(дата)

_____/_____/_____
(подпись) (расшифровка подписи)

В соответствии с частью 4 статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях получения продуктов детского молочного питания по направлению врача подтверждаю свое согласие

(наименование организации, в которую предоставляется, юридический адрес)

на предоставление и обработку моих персональных данных и персональных данных субъекта, законным представителем которого я являюсь, а также сведений о фактах, событиях и обстоятельствах моей жизни и жизни субъекта, законным представителем которого я являюсь, представленных в

(наименование медицинской организации)

Оператор вправе обрабатывать персональные данные любым способом с использованием средств автоматизации, а также без таковых. Оператор вправе осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, хранение, обновление, изменение, использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор имеет право на обмен (прием и передачу) персональными данными с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, во исполнение действующего законодательства Российской Федерации.

Я подтверждаю свое согласие на передачу моих персональных данных и персональных данных субъекта, законным представителем которого я являюсь, в:

(наименование и адрес лица, осуществляющего обработку персональных данных по поручению оператора)

Передача моих персональных данных и персональных данных субъекта, законным представителем которого я являюсь, может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня предоставления соответствующего отзыва в письменной форме.

« ____ » _____ 20 ____ г.
(дата)

_____/_____
(подпись) (расшифровка подписи)

Приложение № 3
к Порядку обеспечения
полноценным питанием
отдельных категорий детей
по заключению врачей
в городе Севастополе

Утвержден приказом
Департамента
здравоохранения
города Севастополя
от «24» августа 2020 № 906

Форма направления
для обеспечения полноценным питанием отдельных категорий детей
по заключению врачей в городе Севастополе

Штамп

Код ЛПУ

Пункт ДМК № тел.

адрес

Код категории граждан			Источник финансирования	Процент оплаты
				Бесплатно

Подготовлено
системой
Витакарта

НАПРАВЛЕНИЕ

Серия

№

Дата выписки

Действует
с

по

Ф.И.О.
пациента

Дата рождения

ДД-ММ-ГГГГ (ММ месяцев ДД дней)

СНИЛС

Ф.И.О законного представителя

Адрес

№ Амбулаторной
карты

Ф.И.О. врача

9040001

(код врача, фельдшера)

Подпись и личная печать врача

Направление действительно в течение четырех недель

<u>Талон на получение</u>			
с	по	<u>ШК</u>	
К получению			
КЗ Молоко 200 г.	N	шт.	
КЗ Кефир детский 200 г.	N	шт.	
КЗ Творог детский 50 г.	N	шт.	

<u>Талон на получение</u>			
с	по	<u>ШК</u>	
К получению			
КЗ Молоко 200 г.	N	шт.	
КЗ Кефир детский 200 г.	N	шт.	
КЗ Творог детский 50 г.	N	шт.	

<u>Талон на получение</u>			
с	по	<u>ШК</u>	
К получению			
КЗ Молоко 200 г.	N	шт.	
КЗ Кефир детский 200 г.	N	шт.	
КЗ Творог детский 50 г.	N	шт.	

<u>Талон на получение</u>			
с	по	<u>ШК</u>	
К получению			
КЗ Молоко 200 г.	N	шт.	
КЗ Кефир детский 200 г.	N	шт.	
КЗ Творог детский 50 г.	N	шт.	

Приложение № 4
к Порядку обеспечения
полноценным питанием
отдельных категорий детей
по заключению врачей
в городе Севастополе

Утвержден приказом
Департамента
здравоохранения
города Севастополя
от «24» августа 2020 № 906

Форма мотивированного отказа
в выдаче направления на обеспечение
полноценным питанием отдельных категорий детей
по заключению врачей в городе Севастополе

(фамилия, имя, отчество заявителя)

Ваше заявление на обеспечение полноценным питанием отдельных категорий детей по заключению врачей в городе Севастополе рассмотрено.

Льготная категория, к которой относится пациент, не подтверждена; регистрация по месту жительства в городе Севастополе ребенка (детей) в возрасте до трех лет из многодетных и малоимущих семей, детей-инвалидов не подтверждена (*выбрать нужное*), в связи с чем вам отказано в выдаче направления.

В целях уточнения льготного статуса вам необходимо обратиться в Департамент труда и социальной защиты населения города Севастополя.

(подпись и личная печать врача)

«___»_____202__г

Приложение № 5
к Порядку обеспечения
полноценным питанием
отдельных категорий детей
по заключению врачей
в городе Севастополе

Утвержден приказом
Департамента
здравоохранения
города Севастополя
от «24» августа 2020 № 906

1. Форма Уведомления о результатах проверки
заявления на обеспечение полноценным
питанием отдельных категорий детей
по заключению врачей в городе Севастополе
(проверка пройдена)

Здравствуйте, (ФИО). Сообщаем, что Ваше заявление на обеспечение полноценным питанием отдельных категорий детей по заключению врачей в городе Севастополе рассмотрено. Для получения направления Вы можете обратиться в поликлинику по месту жительства без предварительной записи или дождаться звонка сотрудника поликлиники для приглашения на осмотр врача и выдачи направления. Молочные продукты будут выданы в соответствии с направлением в одном из удобных Вам пунктов выдачи.

2. Форма Уведомления о результатах проверки
заявления на обеспечение полноценным
питанием отдельных категорий детей
по заключению врачей в городе Севастополе
(проверка не пройдена)

При отсутствии информации о льготной категории ребенка (детей) в возрасте до трех лет из многодетных и малоимущих семей, детей-инвалидов:

Здравствуйте, (ФИО). Сообщаем, что Ваше заявление на обеспечение полноценным питанием отдельных категорий детей по заключению врачей в городе Севастополе рассмотрено. К сожалению, мы не смогли определить, к какой льготной категории относится пациент, поэтому вынуждены отказать в выдаче направления. В целях уточнения статуса просим обратиться в Департамент труда и социальной защиты населения города Севастополя.

При отсутствии информации о регистрации по месту жительства в городе Севастополе ребенка (детей) в возрасте до трех лет из многодетных и малоимущих семей, детей-инвалидов:

Здравствуйте, (ФИО). Сообщаем, что Ваше заявление на обеспечение полноценным питанием отдельных категорий детей по заключению врачей в городе Севастополе рассмотрено. К сожалению, у ребенка (детей) отсутствует регистрация по месту жительства в городе Севастополе, поэтому вынуждены отказать в выдаче направления.
