ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

9 декабря 2019 г. № 115

**Об использовании средств семейного капитала на получение медицинской помощи**

На основании части второй [пункта 34](NCPI#G#C21500128#Заг_Утв_1&Point=34) и части первой [пункта 39](NCPI#G#C21500128#Заг_Утв_1&Point=39) Положения о порядке и условиях назначения, финансирования (перечисления), распоряжения и использования средств семейного капитала, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 24 февраля 2015 г. № 128 (далее – Положение), и [подпункта 9.1](NCPI#G#C21101446#Заг_Утв_1&Point=9&UnderPoint=9.1) пункта 9 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Определить, что:

1.1. единовременная государственная поддержка, предоставляемая в форме безналичных денежных средств (далее – семейный капитал), может быть использована в Республике Беларусь в полном объеме либо по частям в безналичном порядке:

досрочно на получение платных медицинских услуг, оказываемых организациями здравоохранения (независимо от времени, прошедшего с даты назначения семейного капитала), указанных в абзацах пятом и шестом части третьей [пункта 2](NCPI#G#P31400572#Заг_Утв_1&Point=2) Положения о единовременном предоставлении семьям безналичных денежных средств при рождении (усыновлении, удочерении) в 2015–2019 годах третьего или последующих детей, утвержденного Указом Президента Республики Беларусь от 9 декабря 2014 г. № 572, абзацах пятом и шестом части третьей [пункта 2](NCPI#G#P31900345#Заг_Утв_1&Point=2) Положения о предоставлении семейного капитала, утвержденного Указом Президента Республики Беларусь от 18 сентября 2019 г. № 345;

после истечения 18 лет с даты рождения ребенка, в связи с рождением (усыновлением, удочерением) которого семья приобрела право на назначение семейного капитала, на получение медицинской помощи в соответствии с [пунктом 17](NCPI#G#P31400572#Заг_Утв_1&Point=17) Положения;

1.2. необходимость в получении платных медицинских услуг при досрочном распоряжении средствами семейного капитала подтверждается заключением врачебно-консультационной комиссии государственной организации здравоохранения о нуждаемости в получении платных медицинских услуг (далее – заключение ВКК);

1.3. для заключения договора возмездного оказания услуг (далее – договор) граждане (представители, законные представители), в отношении которых принято решение о распоряжении (досрочном распоряжении) средствами семейного капитала, обращаются в организацию здравоохранения, в которой им будут оказываться платные медицинские услуги, и предоставляют:

копию решения (выписку из решения) о распоряжении (досрочном распоряжении) средствами семейного капитала, принятого местным исполнительным и распорядительным органом;

заключение ВКК при досрочном использовании средств семейного капитала;

иные документы, необходимые для заключения договора;

1.4. организация здравоохранения на основании представленных документов, указанных в [подпункте 1.3](NCPI#L#&Point=1&UnderPoint=1.3) настоящего пункта, заключает договор с гражданином (представителем, законным представителем);

1.5. для использования средств семейного капитала (в том числе досрочно) на получение платных медицинских услуг граждане (представители, законные представители) обращаются в подразделения открытого акционерного общества «Сберегательный банк «Беларусбанк» (далее – ОАО «АСБ Беларусбанк»), осуществляющие операции по вкладам (депозитам) «Семейный капитал», с заявлениями о распоряжении средствами семейного капитала на получение платных медицинских услуг по форме согласно [приложению](NCPI#L#Прил) и представляют следующие документы:

документ, удостоверяющий личность;

документ, подтверждающий полномочия представителя или законного представителя;

копию решения (выписку из решения) о распоряжении (досрочном распоряжении) средствами семейного капитала, принятого местным исполнительным и распорядительным органом;

договор;

1.6. ОАО «АСБ Беларусбанк» перечисляет денежные средства на счет организации здравоохранения в порядке, установленном Положением;

1.7. после перечисления ОАО «АСБ Беларусбанк» денежных средств организация здравоохранения:

обеспечивает своевременное и качественное оказание платных медицинских услуг в соответствии с условиями договора;

возвращает в ОАО «АСБ Беларусбанк» неиспользованные денежные средства, перечисленные на получение гражданином (членом (членами)

семьи) платных медицинских услуг, в порядке, установленном Положением, в течение трех рабочих дней с момента подписания документа, удостоверяющего приемку выполненных работ;

выполняет иные обязанности, предусмотренные договором.

2. Признать утратившими силу:

[постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 6 марта 2015 г. № 24](NCPI#G#W21529740) «О некоторых вопросах оказания организациями здравоохранения платных медицинских услуг, получаемых членом (членами) семьи при досрочном использовании средств семейного капитала»;

[постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 апреля 2015 г. № 62](NCPI#G#W21529915) «О некоторых вопросах использования средств семейного капитала на получение услуг в сфере здравоохранения».

3. Настоящее постановление вступает в силу с 1 января 2020 г.

|  |  |
| --- | --- |
| **Министр** | **В.С.Караник** |

|  |  |
| --- | --- |
| СОГЛАСОВАНО  Министерство труда  и социальной защиты Республики Беларусь    Открытое акционерное общество «Сберегательный банк «Беларусбанк»    Министерство финансов Республики Беларусь    Министерство экономики Республики Беларусь |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение  к постановлению  Министерства здравоохранения  Республики Беларусь  09.12.2019 № 115 |

Форма

|  |  |
| --- | --- |
|  | В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | (подразделение ОАО «АСБ Беларусбанк») |
|  | от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | (фамилия, собственное имя, отчество (если таковое  имеется) гражданина) |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | зарегистрированной(ого) по месту жительства: |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | месту пребывания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | (e-mail, телефон) |
|  | данные документа, удостоверяющего личность:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (вид документа, серия (при наличии), номер, дата выдачи,  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  наименование государственного органа, его выдавшего,  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  идентификационный номер (при наличии) |

**[ЗАЯВЛЕНИЕ](H#0#1#1#1059297#1#6)**  
**о распоряжении средствами семейного капитала на получение платных медицинских услуг**

Прошу перечислить денежные средства семейного капитала в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей

(сумма в белорусских рублях, цифрами и прописью)

на счет организации здравоохранения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование организации здравоохранения)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на получение гражданином (членом семьи) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, собственное имя, отчество

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(если таковое имеется), дата рождения)

платных медицинских услуг согласно договору возмездного оказания услуг № \_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

К заявлению прилагаю следующие документы:

1) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Об ответственности за представление недостоверных (поддельных) документов и (или) сведений либо ложной информации, непредставление документов и (или) сведений, влияющих на использование средств семейного капитала, предупрежден(а).

Подписывая настоящее заявление, даю согласие ОАО «АСБ Беларусбанк» предоставлять в местные исполнительные и распорядительные органы, принявшие решение о назначении семейного капитала (распоряжении средствами семейного капитала, в том числе досрочном), сведения об открытии счета (отдельного счета) по учету вклада (депозита) «Семейный капитал», о списанных со счета (отдельного счета) по учету вклада (депозита) «Семейный капитал» средствах семейного капитала и направлениях их использования, о возврате во вклад (депозит) «Семейный капитал» неиспользованных средств семейного капитала в установленном законодательством порядке.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | (подпись) |  | (инициалы, фамилия гражданина) |

Документы приняты

\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | (подпись) |  | (инициалы, фамилия специалиста, принявшего заявление) |