

Государственное казенное учреждение «Севастопольский
городской комплексный центр социального обслуживания»

299029, г. Севастополь, ул. Хрусталева, д.27

ПОРЯДОК ПОЛУЧЕНИЯ
частичной компенсации затрат на
ПЛАТНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ

Пакет документов (обязательный):

1. Письменное заявление (заполняется в кабинете специалиста).
2. Паспорт заявителя (и копия).
3. СНИЛС заявителя и членов его семьи (и копии).
4. Документы, подтверждающие проживание в городе Севастополе (ОДИН ИЗ УКАЗАННЫХ в п.п. 4.1—4.5):
 - 4.1. Вид на жительство и разрешение на временное проживание в городе Севастополе.
 - 4.2. Документ о праве собственности на жилое помещение.
 - 4.3. Свидетельство о регистрации по месту пребывания в городе Севастополе.
 - 4.4. Договор найма жилого помещения.
 - 4.5. Судебное решение; иной документ, выданный компетентным органом, содержащий сведения о проживании в городе Севастополе
5. **Справки о доходах заявителя и всех членов его семьи за три последних календарных месяца, предшествующих месяцу обращения.**
6. **Договор на оказание заявителю платных медицинских услуг с актом оказанных услуг.**
7. **Кассовые чеки, подтверждающие затраты на платные медицинские услуги.**
8. Реквизиты банковского счета в РНКБ (банковской карты), на который будет перечисляться денежная помощь.