**ПАТРОНАЖ**

Патронаж - форма помощи совершеннолетнему дееспособному гражданину, который по состоянию здоровья не способен самостоятельно осуществлять и защищать свои права и исполнять свои обязанности.

В течение месяца со дня выявления совершеннолетнего дееспособного гражданина, который по состоянию здоровья не может самостоятельно осуществлять и защищать свои права и исполнять свои обязанности, ему назначается органом опеки и попечительства помощник. Помощник может быть назначен с его согласия в письменной форме, а также с согласия в письменной форме гражданина, над которым устанавливается патронаж. Работник организации, осуществляющей социальное обслуживание совершеннолетнего дееспособного гражданина, нуждающегося в установлении над ним патронажа, не может быть назначен помощником такого гражданина.

Помощник совершеннолетнего дееспособного гражданина совершает действия в интересах гражданина, находящегося под патронажем, на основании заключаемых с этим лицом договора поручения, договора доверительного управления имуществом или иного договора. Патронаж прекращается в связи с прекращением договора поручения, договора доверительного управления имуществом или иного договора по основаниям, предусмотренным законом или договором.

Помощником может быть только совершеннолетний дееспособный гражданин.

Орган опеки и попечительства обязан осуществлять контроль за исполнением помощником совершеннолетнего дееспособного гражданина своих обязанностей и извещать находящегося под патронажем гражданина о нарушениях, допущенных его помощником и являющихся основанием для расторжения заключенных между ними договора поручения, договора доверительного управления имуществом или иного договора.

ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ УСЛУГИ ПО УСТАНОВЛЕНИЮ ПАТРОНАЖА НАД СОВЕРШЕННОЛЕТНИМИ ДЕЕСПОСОБНЫМИ ГРАЖДАНАМИ, КОТОРЫЕ ПО СОСТОЯНИЮ ЗДОРОВЬЯ НЕ МОГУТ САМОСТОЯТЕЛЬНО ОСУЩЕСТВЛЯТЬ И ЗАЩИЩАТЬ СВОИ ПРАВА И ИСПОЛНЯТЬ ОБЯЗАННОСТИ

Услуга предоставляется органом опеки и попечительства в лице администрации Шушенского района Красноярского края (далее - орган опеки и попечительства).

Заявителями на предоставление государственной услуги являются:

совершеннолетние дееспособные граждане, которые по состоянию здоровья не могут самостоятельно осуществлять и защищать свои права и исполнять обязанности (далее - граждане, нуждающиеся в патронаже), проживающие на территории Шушенского района Красноярского края;

совершеннолетние дееспособные граждане, выразившие желание стать помощниками (далее - кандидаты в помощники).

Заявитель может участвовать в отношениях, связанных с получением государственной услуги, через уполномоченного им на основании доверенности представителя (далее - представитель).

Перечень документов, необходимых для предоставления государственной услуги и обязательных для представления заявителем или представителем:

1) [заявление](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=RLAW123&n=313888&dst=100367) гражданина, нуждающегося в патронаже, о назначении ему помощника по форме приложения ФОРМЫ ЗАЯВЛЕНИЙ;

2) [заявление](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=RLAW123&n=313888&dst=100370) кандидата в помощники по форме приложения ФОРМЫ ЗАЯВЛЕНИЙ;

3) копия паспорта или иного документа, удостоверяющего личность гражданина, нуждающегося в патронаже;

4) копия паспорта или иного документа, удостоверяющего личность кандидата в помощники;

5) характеристика с места работы (учебы) или с места жительства (пребывания) кандидата в помощники;

6) копия трудовой книжки (при наличии) за периоды осуществления трудовой деятельности до 1 января 2020 года или иной документ, подтверждающий, что кандидат в помощники не является работником организации, осуществляющей социальное обслуживание гражданина, нуждающегося в установлении патронажа.

Заявитель или его представитель вправе представить по собственной инициативе:

1) копию трудовой книжки (при наличии) за периоды осуществления трудовой деятельности после 1 января 2020 года или иной документ, подтверждающий, что кандидат в помощники не является работником организации, осуществляющей социальное обслуживание гражданина, нуждающегося в установлении патронажа;

2) справку учреждения здравоохранения о состоянии здоровья и отсутствии у кандидата в помощники хронического алкоголизма, наркомании, токсикомании, карантинных инфекционных заболеваний, активных форм туберкулеза, тяжелых психических расстройств, венерических, требующих лечения в специализированных учреждениях здравоохранения;

3) копию страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования или иного документа, подтверждающего регистрацию в системе индивидуального (персонифицированного) учета (при наличии такой регистрации);

4) заключение медицинской организации, подтверждающее необходимость постоянного ухода (представляется гражданином, нуждающимся в установлении патронажа).

Копии документов, необходимых для предоставления государственной услуги, должны быть заверены органом, выдавшим соответствующие документы, или нотариально. Незаверенные копии документов представляются с предъявлением оригиналов. В случае представления копий документов с предъявлением оригиналов подлинники документов после сверки возвращаются заявителю.

Заявление о предоставлении государственной услуги и прилагаемые к нему документы могут быть поданы в письменной форме на бумажном носителе лично в орган опеки и попечительства по месту жительства гражданина, нуждающегося в патронаже, кандидата в помощники либо направлены почтовым отправлением с уведомлением о вручении и описью вложения.

Основаниями для отказа в предоставлении государственной услуг являются:

отсутствие согласия в письменной форме кандидата в помощники и (или) гражданина, нуждающегося в установлении патронажа;

непредставление в полном объеме документов, указанных в перечне;

недостоверность представленных документов;

наличие у кандидата в помощники медицинских противопоказаний;

отсутствие у гражданина, нуждающегося в установлении патронажа, показаний, подтверждающих необходимость постоянного ухода за ним;

наличие вступившего в законную силу решения суда о признании в судебном порядке недееспособным или ограниченно дееспособным кандидата в помощники и (или) гражданина, нуждающегося в установлении патронажа;

наличие отрицательной характеристики с места работы (учебы) или с места жительства (пребывания) кандидата в помощники;

кандидат в помощники является работником организации, осуществляющей социальное обслуживание гражданина, нуждающегося в установлении патронажа.

Результатом предоставления государственной услуги является принятие органом опеки и попечительства решения:

об установлении патронажа;

об отказе в установлении патронажа;

об исправлении допущенных опечаток и ошибок в выданных в результате предоставления государственной услуги документах;

об отказе в исправлении допущенных опечаток и ошибок в выданных в результате предоставления государственной услуги документах.

Документом, содержащим решение о предоставлении государственной услуги, на основании которого заявителю или представителю предоставляется результат, является решение о предоставлении государственной услуги, содержащее следующие реквизиты:

наименование органа, выдавшего документ;

наименование документа;

регистрационный номер документа;

дата принятия и содержание решения.

Документом, содержащим решение об отказе в предоставлении государственной услуги, на основании которого заявителю или представителю предоставляется результат, является решение об отказе в предоставлении государственной услуги, содержащее следующие реквизиты:

наименование органа, выдавшего документ;

наименование документа;

регистрационный номер документа;

дата принятия и содержание решения.

Решение о предоставлении государственной услуги принимается в течение месяца со дня регистрации заявления о предоставлении государственной услуги со всеми необходимыми документами в органе опеки и попечительства.

Орган опеки и попечительства направляет гражданину, нуждающемуся в установлении патронажа, кандидату в помощники решение об установлении (отказе в установлении) патронажа в течение 3 рабочих дней со дня принятия соответствующего решения.

Работник органа опеки и попечительства в день регистрации нового документа взамен выданного документа, содержащего опечатки и ошибки, или уведомления об отсутствии ошибок извещает заявителя или представителя о готовности нового документа или уведомления об отсутствии ошибок и возможности их получения при личном посещении органа опеки и попечительства, либо по почте.

СВЕДЕНИЯ И ГРАФИКЕ (РЕЖИМЕ) РАБОТЫ, МЕСТЕ НАХОЖДЕНИЯ, ТЕЛЕФОНАХ ОРГАНА ОПЕКИ И ПОПЕЧИТЕЛЬСТВА

Режим работы: понедельник - пятница с 08:00 до 17:00 часов, перерыв с 12:00 до 13:00, суббота, воскресенье - выходной.

Место нахождения: пгт. Шушенское Шушенского района Красноярского края, ул. Первомайская д. 48, 2-й этаж (левое крыло), кабинет № 4.

Телефон 8(39139) 3-23-89

Оказание государственной услуги по приему заявлений и документов, уведомлению о результатах осуществляется ведущим специалистом по вопросам социальной сферы администрации Шушенского района.

СВЕДЕНИЯ О НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫХ АКТАХ, РЕГУЛИРУЮЩИХ ОТНОШЕНИЯ В СФЕРЕ ПАТРОНАЖА

1. Статья 41 Гражданского кодекса Российской Федерации.
2. Приказ министерства социальной политики Красноярского края от 28.07.2023 № 113-Н «Об утверждении Административного регламента предоставления исполнительно-распорядительными органами местного самоуправления муниципальных районов, муниципальных округов и городских округов Красноярского края по переданным полномочиям государственной услуги по установлению патронажа над совершеннолетними дееспособными гражданами, которые по состоянию здоровья не могут самостоятельно осуществлять и защищать свои права и исполнять свои обязанности».

Приложение ФОРМЫ ЗАЯВЛЕНИЙ

Форма заявления гражданина, нуждающегося в установлении патронажа

В орган опеки и попечительства администрации Шушенского района Красноярского края

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ­­­­­

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

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

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

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

(фамилия, имя, отчество (при наличи), гражданство, документ, удостоверяющий личность (серия, номер, кем и когда выдан), адрес места фактического проживания гражданина, нуждающегося в установлении патронажа)

контактный номер телефона \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление

гражданина, нуждающегося в установлении патронажа

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество)

прошу назначить мне помощника \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(фамилия, имя, отчество, число, месяц, год его рождения)

потому как по состоянию здоровья не могу самостоятельно осуществлять и защищать свои права и исполнять свои обязанности.

Медицинское обследование о состоянии своего здоровья прошел в медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(указать наименование медицинской организации)

Медицинское заключение, свидетельствующее о нуждаемости в постороннем уходе, имею.

Уведомление о принятом решении об установлении патронажа прошу направить: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать адрес электронной почты или почтовый адрес)

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии)

в соответствии с Федеральным [законом](consultantplus://offline/ref=A11209D4B0808B41A8089C97EF4946BDD2368794788E267FE7A7B40ABBF12099B876E0D16456D00A642CCBE981WBI6H) от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку моих персональных данных (в том числе фамилии, имени, отчества, года, месяца, даты и места рождения, адреса, семейного, социального, имущественного положения, образования, профессии, доходов, другой информации), включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных.

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

(подпись) (дата)

Форма заявления гражданина, выразившего желание стать помощником дееспособного гражданина, нуждающегося в установлении патронажа

В орган опеки и попечительства администрации Шушенского района Красноярского края

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ­­­­­

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

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

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

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

(фамилия, имя, отчество (при наличии), гражданство, документ, удостоверяющий личность (серия, номер, кем и когда выдан), адрес места фактического проживания гражданина, выразившего желание стать помощником дееспособного гражданина, нуждающегося в установлении патронажа)

контактный номер телефона \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление

гражданина, выразившего желание стать помощником

дееспособного гражданина, нуждающегося в установлении патронажа

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(фамилия, имя, отчество)*

прошу назначить меня помощником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*(фамилия, имя, отчество совершеннолетнего дееспособного гражданина, число, месяц, год его рождения)*

Материальные возможности, состояние здоровья и характер работы позволяют мне взять совершеннолетнего дееспособного гражданина под патронаж.

Медицинское обследование о состоянии своего здоровья прошел в медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(указать наименование медицинской организации)

Медицинское заключение о состоянии здоровья и отсутствии хронического алкоголизма, наркомании, токсикомании, карантинных инфекционных заболеваний, активных форм туберкулеза, тяжелых психических расстройств, венерических, требующих лечения в специализированных учреждениях здравоохранения, имею.

Дополнительно могу сообщить о себе следующее:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

(указывается наличие у гражданина необходимых знаний и навыков в осуществлении патронажа над совершеннолетним дееспособным гражданином, в том числе информация о наличии документов о профессиональной деятельности, и т.д.)

Уведомление о принятом решении об установлении патронажа прошу направить: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать адрес электронной почты или почтовый адрес)

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии)

в соответствии с Федеральным [законом](consultantplus://offline/ref=A11209D4B0808B41A8089C97EF4946BDD2368794788E267FE7A7B40ABBF12099B876E0D16456D00A642CCBE981WBI6H) от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку моих персональных данных (в том числе фамилии, имени, отчества, года, месяца, даты и места рождения, адреса, семейного, социального, имущественного положения, образования, профессии, доходов, другой информации), включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных.

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

(подпись) (дата)