Вы либо Ваши родители, являющиеся жертвами политических репрессий, вправе обратиться в ЦОН по месту жительства и предоставить следующие документы:

1. Заявление согласно Приложению 1;
2. Удостоверение личности;
3. Справка о реабилитации из органов прокуратуры или судебных органов, с указанием периода пребывания в местах, указанных в статье 22 Закона, а именно: в местах лишения свободы, в психиатрических учреждениях, спецпоселениях или "трудовых армиях", "рабочих колоннах НКВД", а также детям, содержавшимся вместе с ними в местах лишения свободы, детям жертв массовых политических репрессий либо детям, оставшимся без попечения родителей или одного из них;

Для детей жертв массовых политических репрессий дополнительно – свидетельство о рождении либо выписка из актовой записи о государственной регистрации рождения, справка о реабилитации одного из родителей из органов прокуратуры или судебных органов, с указанием периода пребывания в местах, указанных в статье 22 Закона.

В случае изменения фамилии, имени, либо отчества, дополнительно следует приложить копию документа, на основании которого произошло соответствующее изменение.

 Сведения о документах, удостоверяющих личность, о регистрации по месту жительства уполномоченная организация по выплате денежной компенсации получает из соответствующих государственных информационных систем через шлюз "электронного правительства".

Денежная компенсация выплачивается из бюджетных средств из расчета трех четвертей размера МРП (3692 тенге по состоянию на 2024 год), действующего на момент обращения в органы социальной защиты, за каждый месяц пребывания в указанных местах, но не более 100-кратного размера МРП (345 000 тенге).

Денежные средства выплачиваются безналичным путем на расчетный счет заявителя в БВУ (банках второго уровня).

Заявление подлежит рассмотрению в течение 5 рабочих дней с момента подачи заявления и приложения указанных документов.

Уполномоченная организация по выплате денежной компенсации полученные средства в течение трех банковских дней перечисляет платежными поручениями уполномоченной организации по выдаче денежной компенсации в соответствии с графиком выплат денежных компенсаций в разрезе областей, городов республиканского значения, столицы.

В случае отказа в выплате заявитель вправе обжаловать действия уполномоченного органа в административном суде по месту своего жительства в установленный законом срок (1 месяц со дня получения решения об отказе в выплате).

ОБРАЗЕЦ ЗАЯВЛЕНИЯ СМ. НА СЛЕДУЮЩЕЙ СТРАНИЦЕ

|  |
| --- |
| Приложение 1к Правилам выплаты денежныхкомпенсаций жертваммассовых политических репрессий |
|   | Форма |

Руководителю *\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указать район, область либо город республиканского значения)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
территориального подразделения
Комитета труда и социальной защиты
Министерства труда

и социальной защиты населения
Республики Казахстан

**Заявление**

      Прошу назначить мне единовременную денежную компенсацию
Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Отчество (при его наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Дата рождения "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ г.
Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Вид документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(указать вид документа)
Серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_ кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
№ банковского счета \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
Наименование банка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Получаю пенсию, государственное социальное пособие по инвалидности,
по случаю потери кормильца, государственное специальное пособие,
специальное государственное пособие**
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(нужное подчеркнуть)

**Получал ли ранее часть единовременной денежной компенсации
или в полном размере в другой республике (нет, да; если да,
то указать по какому основанию)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Номер справки о реабилитации и дата ее выдачи**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Даю согласие на сбор и обработку моих персональных данных,
необходимых для назначения единовременной денежной компенсации.
Согласен на использование сведений, составляющих охраняемую законом
тайну, содержащихся в информационных системах.**

Дата \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_

Подпись заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление принято (дата) \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. (при его наличии) специалиста, принявшего заявление
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_