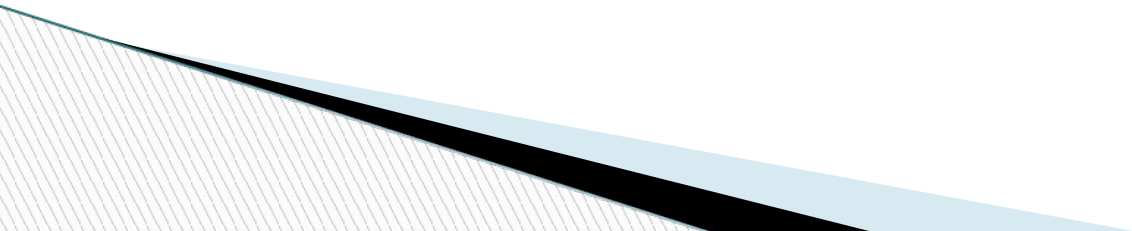


***«Обеспечение питанием
беременных женщин, кормящих матерей, а
также детей в возрасте до трех лет»***

Дмитриева Ольга Николаевна

Заместитель директора ГБУ Медицинский
информационно-аналитический центр Московской области



Кто имеет право на получение Государственной услуги

Граждане Российской Федерации, иностранные граждане и лица без гражданства, в том числе беженцы, имеющие место жительства в Московской области и прикрепленные на медицинское обслуживание к медицинским организациям Московской области, оказывающим первичную медико-санитарную помощь.

Категории лиц, имеющих право на получение Государственной услуги:

- Беременные женщины с момента постановки на учет в связи с беременностью, но не ранее срока беременности 12 недель, до момента родов;
- Кормящие матери в течение 6 месяцев с момента родов при условии нахождения ребенка на грудном вскармливании;
- Дети в возрасте от 0 до 3-х лет, находящиеся на смешанном или искусственном вскармливании.

Заявители имеют право получить Государственную услугу через законного или уполномоченного представителя. Заявителем для детей в возрасте до трех лет является один из родителей (или законный представитель) ребенка.



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ



ПОЛУЧАЙТЕ
МОЛОЧНЫЕ
ПРОДУКТЫ
В БЛИЖАЙШЕМ
МОЛОЧНОМ
ПУНКТЕ

ПРИКРЕПИТЕСЬ К МОЛОЧНОЙ КУХНЕ
НА ПОРТАЛЕ **USLUGI.MOSREG.RU**



Беременные
от 3 мес. до родов



Кормящим
матерям до 6 мес.
с момента родов



Дети
0-3 года



Возможность
электронного
продления

Подача электронного заявления на РПГУ

<https://uslugi.mosreg.ru/>

Обеспечение питанием беременных женщин,
кормящих матерей и детей в возрасте до трех лет

1. ВЫБОР УСЛУГИ

2. СОГЛАСИЕ

3. ПРЕДСТАВИТЕЛЬ

4. ЗАЯВИТЕЛЬ

5. ЗАЯВЛЕНИЕ

6. ДОКУМЕНТЫ

7. ПРЕДПРОСМОТР

ТРЕБУЕТСЯ ВАШЕ СОГЛАСИЕ ПО СЛЕДУЮЩИМ ПУНКТАМ:

- Я подтверждаю, что вся представленная информация является достоверной и точной;
- Я несу ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации за предоставление заведомо ложных или неполных сведений;
- Я выражаю свое согласие на необходимое использование и обработку своих персональных данных, в том числе в информационных системах;
- Со сроками оказания государственной услуги ознакомлен;

☐ Я подтверждаю свое согласие со всеми вышеперечисленными пунктами

< Назад

Далее >

Обеспечение питанием беременных женщин, кормящих матерей и детей в возрасте до трех лет

ЗАПОЛНЕНО НА 20%



1. ВЫБОР УСЛУГИ

2. СОГЛАСИЕ

3. ПРЕДСТАВИТЕЛЬ

4. ЗАЯВИТЕЛЬ

5. ЗАЯВЛЕНИЕ

6. ДОКУМЕНТЫ

7. ПРЕДПРОСМОТР

КАТЕГОРИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ,
НУЖДАЮЩЕГОСЯ В ПРИКРЕПЛЕНИИ К
МОЛОЧНОЙ КУХНЕ *

ЯВЛЯЮСЬ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ
ЗАЯВИТЕЛЯ

Выберите



Выберите

Дети (от 0 до 3 лет)

Кормящая мать

Беременная женщина

< Назад

Далее >

Обеспечение питанием беременных женщин, кормящих матерей и детей в возрасте до трех лет

ЗАПОЛНЕНО НА 89%

1. ВЫБОР УСЛУГИ

2. СОГЛАСИЕ

3. ПРЕДСТАВИТЕЛЬ

4. ЗАЯВИТЕЛЬ

5. ЗАЯВЛЕНИЕ

6. ДОКУМЕНТЫ

7. ПРЕДПРОСМОТР

КАТЕГОРИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ, НУЖДАЮЩЕГОСЯ В ПРИКРЕПЛЕНИИ К МОЛОЧНОЙ КУХНЕ *

Дети (от 0 до 3 лет)

☒ Обязуюсь подать заявление от Представителя, если категория Заявителя - «Дети (от 0 до 3 лет)»

ЯВЛЯЮСЬ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ ЗАЯВИТЕЛЯ

☒ Да
☐ Нет

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ

НЕ ЗАПОЛНЕНО

КАТЕГОРИЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ *

Выберите

ТИП ПРЕДСТАВИТЕЛЯ *

Выберите

Законный представитель (Родитель, Иной законный Представитель)
Представитель заявителя (Иной представитель)

ФАМИЛИЯ *

ИМЯ *

Александр

ОТЧЕСТВО

Игоревич

ПОЛ *

мужской

ДАТА РОЖДЕНИЯ *

01.01.2000

МЕСТО РОЖДЕНИЯ

ИНН

СНИЛС *

99988877775

ДОКУМЕНТ УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

НЕ ЗАПОЛНЕНО

ДОКУМЕНТ *

Выберите

СЕРИЯ

НОМЕР *

Не заполнено

ДАТА ВЫДАЧИ *

xx.xx.xxxx

КЕМ ВЫДАН *

Не заполнено

КОД ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ

xxx-xxx

ДОКУМЕНТ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЙ ПОЛНОМОЧИЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

НЕ ЗАПОЛНЕНО

НАИМЕНОВАНИЕ *

Не заполнено

СЕРИЯ

НОМЕР *

Не заполнено

ДАТА ВЫДАЧИ *

xx.xx.xxxx

КЕМ ВЫДАН *

Не заполнено

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

НЕ ЗАПОЛНЕНО

ПОЧТОВЫЙ АДРЕС *

ТЕЛЕФОН ДЛЯ СВЯЗИ *

9111111111

Обеспечение питанием беременных женщин, кормящих матерей и детей в возрасте до трех лет

ЗАПОЛНЕНО НА 56%

1. ВЫБОР УСЛУГИ

2. СОГЛАСИЕ

3. ПРЕДСТАВИТЕЛЬ

4. ЗАЯВИТЕЛЬ

5. ЗАЯВЛЕНИЕ

6. ДОКУМЕНТЫ

7. ПРЕДПРОСМОТР

ДАННЫЕ ЗАЯВИТЕЛЯ

НЕ ЗАПОЛНЕНО

ТИП ЗАЯВИТЕЛЯ *

Физическое лицо

ФАМИЛИЯ *

Не заполнено

ИМЯ *

Не заполнено

ОТЧЕСТВО



ПОЛ *

Выберите

ДАТА РОЖДЕНИЯ *

xx.xx.xxxx

МЕСТО РОЖДЕНИЯ

ИНН

СНИЛС *

Не заполнено

ДОКУМЕНТ УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ

НЕ ЗАПОЛНЕНО

ДОКУМЕНТ *

Выберите

СЕРИЯ

НОМЕР *

Не заполнено

ДАТА ВЫДАЧИ *

xx.xx.xxxx

КЕМ ВЫДАН *

Не заполнено

КОД ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ

xxx-xxx

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

НЕ ЗАПОЛНЕНО

СТАТУС МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА *

Выберите

АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ *

Выберите

АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ СОВПАДАЕТ С АДРЕСОМ ПРОЖИВАНИЯ? *

Адрес проживания совпадает с адресом регистрации
Регистрация Московская область муниципального образования, проживание в Московской области другого муниципального образования

ТЕЛЕФОН ДЛЯ СВЯЗИ *

Регистрация Москва, проживание Московская область

АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ *

Регистрация и проживание Московская область, медобслуживание Москва, коммерческие центры
Иногородные

Обеспечение питанием беременных женщин, кормящих матерей и детей в возрасте до трех лет

ЗАПОЛНЕНО НА 82%

1. ВЫБОР УСЛУГИ

2. СОГЛАСИЕ

3. ПРЕДСТАВИТЕЛЬ

4. ЗАЯВИТЕЛЬ

5. ЗАЯВЛЕНИЕ

6. ПРЕДПРОСМОТР

СВЕДЕНИЯ О ПРИКРЕПЛЕНИИ

ЗАПОЛНЕНО

ВЫБЕРИТЕ МУНИЦИПАЛЬНОЕ
ОБРАЗОВАНИЕ *

Можайский муниципальный район

В КАКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ОРГАНИЗАЦИИ НАХОДИТСЯ НА
ОБСЛУЖИВАНИИ ЗАЯВИТЕЛЬ НА
МОМЕНТ ПОДАЧИ ЗАЯВЛЕНИЯ *

ГБУЗ МО Можайская ЦРБ

ПУНКТ ВЫДАЧИ МОЛОЧНОЙ КУХНИ
ДЛЯ ПРИКРЕПЛЕНИЯ *

Можайский район, д. Сокольниково,
ФАП

КАТЕГОРИЯ НАБОРА *

Дети от 6 до 12

С перечнем продуктов питания по своему МО
можно ознакомиться [ЗДЕСЬ](#)

ВЫБЕРИ НАБОР МОЛОЧНОЙ КУХНИ,
КОТОРЫЙ ВЫ ЖЕЛАЕТЕ ПОЛУЧАТЬ *

Набор 12

ХОТИТЕ ЛИ ВЫ, ЧТОБЫ ЗАЯВЛЕНИЕ
НА ПОВТОРНОЕ ПОЛУЧЕНИЕ
МОЛОЧНОЙ КУХНИ
ФОРМИРОВАЛОСЬ
АВТОМАТИЧЕСКИ? *

Да

СПРАВКА О НЕПОЛУЧЕНИИ МК В ДРУГОМ
УЧРЕЖДЕНИИ

НЕ ЗАПОЛНЕНО

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА

НЕ ЗАПОЛНЕНО

СПРАВКА О НЕПОЛУЧЕНИИ МК В ДРУГОМ
УЧРЕЖДЕНИИ

НЕ ЗАПОЛНЕНО

ДАТА ВЫДАЧИ *

xx.xx.xxxx

ФАМИЛИЯ *

Не заполнено

ИМЯ *

Не заполнено

ОТЧЕСТВО *

Не заполнено

ДОЛЖНОСТЬ ВРАЧА *

Не заполнено

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА

НЕ ЗАПОЛНЕНО

ДАТА ВЫДАЧИ *

xx.xx.xxxx

ФАМИЛИЯ *

Не заполнено

ИМЯ *

Не заполнено

ОТЧЕСТВО *

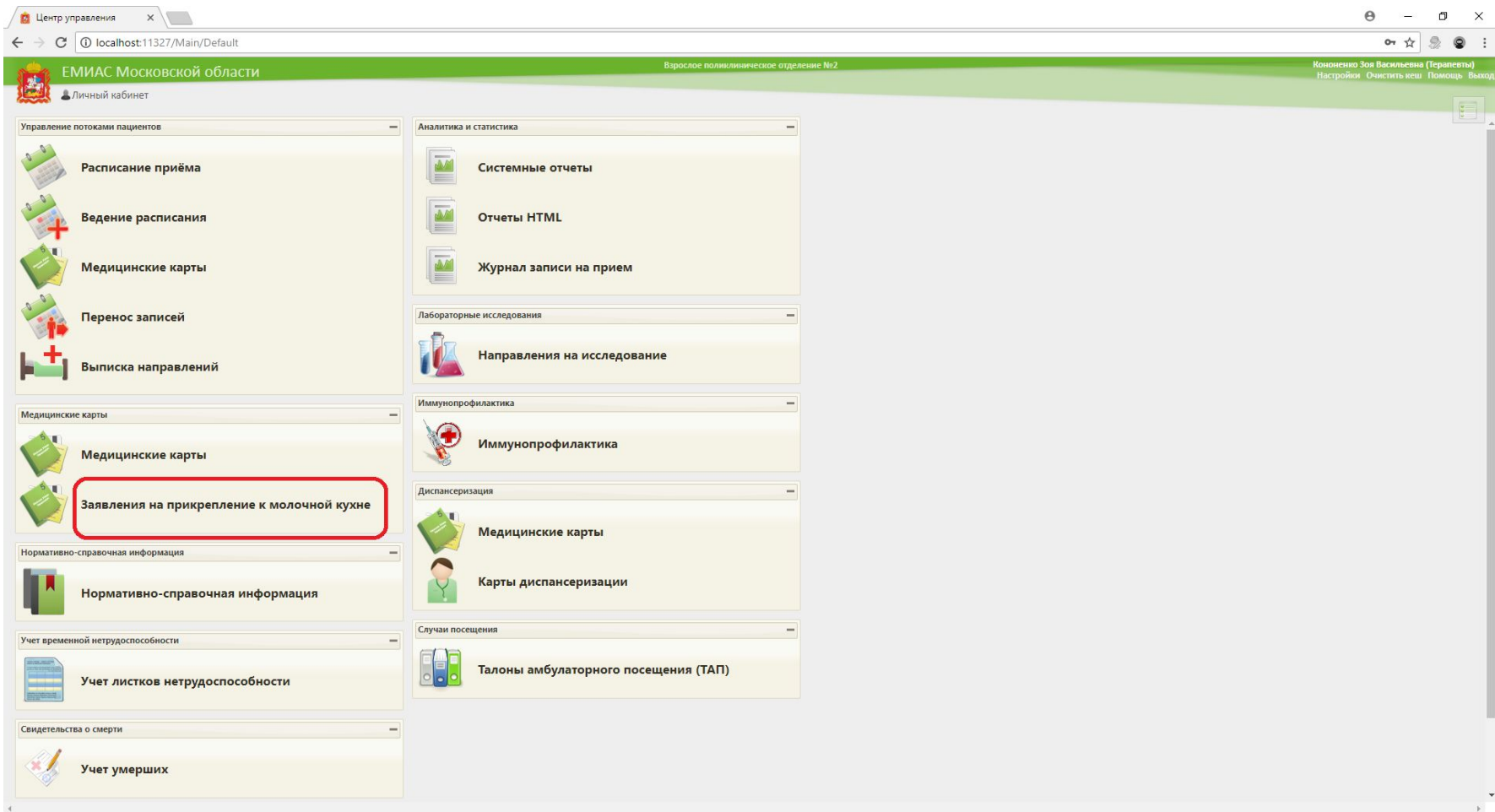
Не заполнено

ДОЛЖНОСТЬ ВРАЧА *

Не заполнено

< Назад

Далее >



Статус

На рассмотрении

Просроченные

Все

Дата регистрации с: 21.05.2018 по:

ФИО

Подразделение

Не указано

Участок

Не указан

Очистить фильтр

Найти

Количество записей: 4

▼	Статус	Дата регистрации	Дата обработки	ФИО заявителя	Дата рождения	Категория	Статус места жительства	Адрес проживания	Участок	Дата посл. посещения
▼	На рассмотрении	21.05.2018 09:38		Иванов Максим	01.05.2018 г.	Дети (от 0 до 3 лет)	Адрес проживания совпадает с адресом регистрации	Московская обл., г. Королев, ул. Аржакова, д.12, кв.1	поликл Дет-1 2-й педиатрический уч.	12.05.2018
▼	На рассмотрении	21.05.2018 09:38		Мякой Евгений	15.12.2016 г.	Дети (от 0 до 3 лет)	Адрес проживания совпадает с адресом регистрации	Московская обл., г. Королев, ул. Павлова, д.12, кв.1	поликл Дет-1 2-й педиатрический уч.	
▼	На рассмотрении	21.05.2018 10:52		Маличенко Максим Игоревич	21.05.2018 г.	Дети (от 0 до 3 лет)	Адрес проживания совпадает с адресом регистрации	Московская обл., г. Королев, ул. Лермонтова, д.12, стр.32, корп.3, кв.134	поликл Дет-1 1-й педиатрический уч.	
▼	На рассмотрении	21.05.2018 13:09		Иванов Владимир	01.01.2018 г.	Дети (от 0 до 3 лет)	Адрес проживания совпадает с адресом регистрации	Московская обл., г. Королев, ул. Аржакова, д.12, кв.1	поликл Дет-1 2-й педиатрический уч.	03.02.2018

Заявление на прикрепление к молочной кухне



Номер	Время создания	Время регистрации	Время обработки	Статус
P001-5327623973-22557157	21.05.2018 04:03	21.05.2018 09:38	01.01.1900 00:00	На рассмотрении

Фамилия	Имя	Отчество	Дата рождения	Пол	Дата посл. посещения	Необходимо личное посещение
Иванов	Максим		01.05.2018	Мужской		

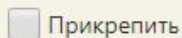
Тип документа	Серия	Номер	Телефон	Электронная почта
Свидетельство о рождении		333333	+7 900 111-22-33	

Категория	Статус места жительства
Дети (от 0 до 3 лет)	Адрес проживания совпадает с адресом регистрации

Адрес регистрации	Московская обл., г. Королев, ул. Аржакова, д.12, кв.1
-------------------	---

Адрес проживания	Московская обл., г. Королев, ул. Аржакова, д.12, кв.1
------------------	---

Представитель						
Фамилия	Имя	Отчество	Пол	Дата рождения	Родственная связь	
Ростов	Александр	Игоревич	Мужской	01.01.2000	отец	
Тип документа	Серия	Номер	Телефон	Электронная почта		
Паспорт РФ	3113	123123	+7 (900) 111-22-33	rostov@systematic.ru		



Прикрепить

Пункт выдачи

Не указано



Отклонить

Причина

Комментарий

Выбрать МКАБ

Рецепт

Сохранить

Отмена

Заявление на прикрепление к молочной кухне

Номер

Р001-5327623973-22557157

Время создания

21.05.2018 04:03

Время регистрации

21.05.2018 09:38

Время обработки

01.01.1900 00:00

Статус

На рассмотрении

Фамилия

Иванов

Имя

Максим

Тип документа

Свидетельство о рождении

Категория

Дети (от 0 до 3 лет)

Адрес регистрации

Московская обл., г. И

Адрес проживания

Московская обл., г. И

Представитель

Фамилия

Ростов

Имя

Александр

Тип документа

Паспорт РФ

Прикрепить

Отклонить

Пункт выдачи

Детское поликлиниче

Причина

Комментарий

Выбрать МКАБ

Рецепт

осл. посещения

Необходимо личное посещение

Электронная почта

Родственная связь

отец

Электронная почта

rostov@systematic.ru

Сохранить

Отмена

Рецепт на молочную кухню

Номер

160101-00004

Дата выписки

29.05.2018

Действует с

01.06.2018

По

30.06.2018

Пункт выдачи

Детское поликлиническое отделение №2

Номер набора

1

Наименование	Кол-во упаковок
Адаптированная сухая молочная смесь с 0 до 6 мес. Симилак Премиум 1, 400 гр.	2
Адаптированная сухая молочная смесь с 0 до 6 мес. Фрисолак 1, 400 гр.	3
Адаптированная сухая молочная смесь с 0 до 6 мес. Симилак 1, 350 гр.	3

Печать

Сохранить

Отмена



ГБУЗ МО "Тестовая ЦРБ"

наименование медицинского
учреждения

РЕЦЕПТ

на получение полноценного бесплатного питания

Дети (от 0 до 3 лет)

категория Заявителя

с 01.06.2018 по 30.06.2018 г.

ФИО Иванов Максим

Адрес проживания Московская обл., г. Королев, ул. Аржакова, д. 102, кв. 1

Адрес пункта выдачи Московская обл., г. Королев, ул. Ленина, д. 25

№ набора 1

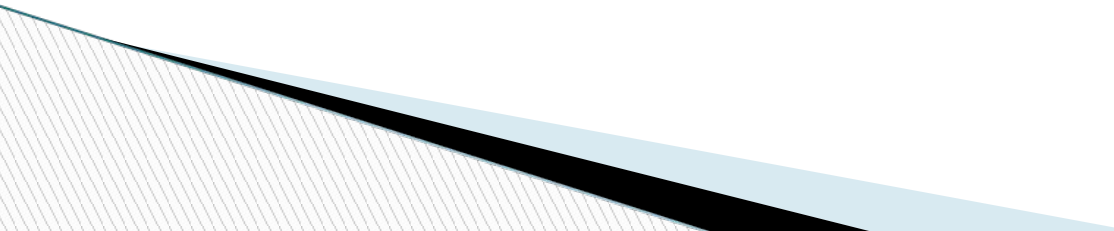
Наименование продукта	Объем и количество упаковок
Адаптированная сухая молочная смесь с 0 до 6 мес. Симилак премиум 1, 400 гр.	2
Адаптированная сухая молочная смесь с 0 до 6 мес. Фрисолак 1, 400 гр.	3
Адаптированная сухая молочная смесь с 0 до 6 мес. Симилак 1, 350 гр.	3

Дата выписки рецепта: 29.05.2018

ФИО врача: Иванов Иван Иванович

СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГИ

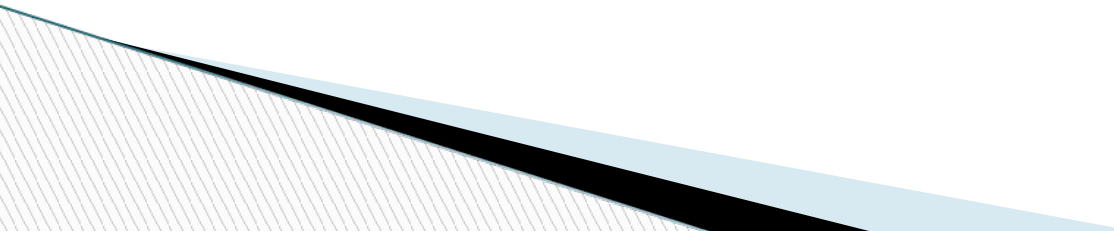
Срок предоставления Услуги
составляет не более 10 рабочих дней
с даты регистрации Заявления в Министерстве.



РЕЗУЛЬТАТ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГИ

1. Решение о включение в список получателей питания;
2. Решение об отказе в предоставлении Услуги.

Основания для отказа в предоставлении Услуги

1. Наличие противоречивых сведений в Заявлении и приложенных к нему документах;
 2. Несоответствие категории Заявителя кругу лиц Административного регламента;
 3. Несоответствие документов, указанных в Административном регламенте, по форме или содержанию требованиям законодательства Российской Федерации;
 4. Заявление подано лицом, не имеющим полномочий представлять интересы Заявителя.
- 

Спасибо за внимание!