

ПОРЯДОК
обеспечения полноценным питанием
беременных женщин, кормящих матерей, детей в возрасте до трех лет
по заключению врачей в городе Севастополе

1. Порядок обеспечения полноценным питанием беременных женщин, кормящих матерей, детей в возрасте до трех лет разработан с целью реализации мер по обеспечению полноценным питанием беременных женщин, кормящих матерей, а также детей в возрасте до трех лет по заключению врачей (далее - полноценное питание) в городе Севастополе по медицинским показаниям, перечень которых определен в приложении № 1 к постановлению Правительства Севастополя от 14.08.2020 № 423-ПП «О порядке обеспечения полноценным питанием беременных женщин, кормящих матерей, детей по заключению врачей в городе Севастополе» (далее - Порядок).

2. Уполномоченным исполнительным органом государственной власти по вопросам организации обеспечения полноценным питанием беременных женщин, кормящих матерей, детей в возрасте до трех лет является Департамент здравоохранения города Севастополя (далее - Департамент здравоохранения).

3. Полномочия по закупке полноценного питания передаются медицинским организациям, подведомственным Департаменту здравоохранения, с предоставлением финансового обеспечения в виде субсидий на иные цели, не связанные с выполнением государственного задания.

4. Медицинские организации, подведомственные Департаменту здравоохранения, обеспечивают:

4.1. закупку, отпуск и учет полноценного питания в установленном действующим законодательством порядке;

4.2. формирование и предоставление отчетов по реализации мер обеспечения полноценным питанием по форме и в сроки, установленные Департаментом здравоохранения;

4.3. хранение документов по вопросам предоставления полноценного питания (заявления, направления, реестры направлений) в течение пяти лет.

4.4. прием заявления от пациентов по форме, согласно приложению № 1 к настоящему Порядку в отдельно выделенном кабинете для приема заявлений и выдачи направлений, непосредственно на приеме врача, либо в форме электронного документа;

4.5. выдачу направления для обеспечения полноценным питанием беременных женщин, кормящих матерей, детей в возрасте до трех лет по заключению врачей в городе Севастополе в отдельно выделенном кабинете

для приема заявлений и выдачи направлений либо непосредственно на приеме врача.

5. Перечень медицинских показаний, при наличии которых осуществляется обеспечение полноценным питанием беременных женщин, кормящих матерей, а также детей в возрасте до трех лет по заключению врачей в городе Севастополе установленны приложением № 2 к настоящему Порядку

6. Нормы обеспечения полноценным питанием беременных женщин, кормящих матерей, а также детей в возрасте до трех лет по заключению врачей в городе Севастополе установлены приложением № 3 к настоящему Порядку.

7. Обеспечение полноценным питанием осуществляется на основании письменных заявлений беременных женщин, кормящих матерей и одного из родителей (законных представителей) детей в возрасте до трех лет при наличии медицинских показаний по заключению врача медицинской организации по месту жительства беременной женщины, кормящей матери и ребенка в возрасте до трех лет.

8. Медицинские организации, подведомственные Департаменту здравоохранения, утверждают локальным правовым актом:

8.1. список медицинских работников, имеющих право оформления рецептов на выдачу полноценного питания. Рецепты на выдачу полноценного питания оформляются на рецептурном бланке в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 12.02.2007 № ПО "О порядке назначения и выписывания лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания";

8.2. порядок отпуска и учета полноценного питания.

9. Полноценное питание назначается и предоставляется по направлениям, выданным согласно пункту 8.1 настоящего Порядка:

9.1. беременным женщинам на весь период беременности до родов с месяца, следующего за месяцем постановки на учет в медицинском учреждении в связи с беременностью, но не ранее срока беременности 12 недель;

9.2. кормящим матерям со дня выдачи рецепта 1-го числа месяца, следующего за месяцем получения заключения врача, и осуществляется до достижения ребенком возраста 6 месяцев;

9.3. полноценное питание детям в возрасте до трех лет назначается с 1-го числа месяца, следующего за месяцем получения заключения врача, и осуществляется до достижения ребенком возраста трех лет.

10. Заключение врача по обеспечению полноценным питанием беременных женщин, кормящих матерей, а также детей в возрасте до трех лет в городе Севастополе выдается беременной женщине, кормящей матери, одному из родителей (законных представителей) на каждого рожденного, усыновленного, принятого под опеку (попечительство) совместно проживающего с ним ребенка при наличии медицинских показаний по форме, утвержденной приложением № 4 к настоящему Порядку, и приобщается к амбулаторной карте пациента и (или) истории развития ребенка.

И. Сведения о получателях мер социальной защиты (поддержки), социальных услуг, предоставляемых в рамках социального обслуживания и государственной социальной помощи, иных социальных гарантий и выплат

(далее - меры социальной защиты (поддержки)), и предоставленных мерах социальной защиты (поддержки), а также другие сведения, предусмотренные действующим законодательством Российской Федерации, в установленном порядке размещаются в Единой государственной информационной системе социального обеспечения (далее - ЕГИССО). Получение информации из ЕГИССО о получателях мер социальной защиты (поддержки) и мерах социальной защиты (поддержки), ее обработка и использование в целях осуществления Департаментом здравоохранения города Севастополя своих полномочий осуществляются согласно действующему законодательству Российской Федерации.

Приложение № 1
к Порядку обеспечения
полноценным питанием
беременных женщин,
кормящих матерей, детей в
возрасте до трех лет
по заключению врачей
в городе Севастополе

Утвержден приказом
Департамента
здравоохранения
города Севастополя
от «24» 08 2020

Форма заявления
по обеспечению полноценным питанием беременных женщин, кормящих
матерей, а также детей в возрасте до трех лет в городе Севастополе

(должность, ФИО
руководителя медицинской организации)

Заявление

Я. _____
(ФИО гражданина, законного представителя ребенка)

проживающий по адресу _____

документ, удостоверяющий личность:

_____5
(наименование документа, удостоверяющего личность, серия и №, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

прошу включить в список получателей полноценным питанием беременных женщин,
кормящих матерей, а также детей в возрасте до трех лет по заключению врачей

(ФИО ребенка, число, месяц, год рождения)
(адрес места жительства)

«»20 г.

(дата)

//

(подпись) (расшифровка подписи)

В соответствии с частью 4 статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ
«О персональных данных» в целях получения продуктов детского молочного питания по
направлению врача подтверждаю свое согласие

(наименование организации, в которой предоставляется, юридический адрес)

на предоставление и обработку моих персональных данных и персональных данных субъекта,
законным представителем которого я являюсь, а также сведений о фактах, событиях и обстоятельствах моей жизни и жизни субъекта, законным представителем которого я являюсь,
представленных в

(наименование медицинской организации)

Оператор вправе обрабатывать персональные данные любым способом с использованием средств автоматизации, а также без таковых. Оператор вправе осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, хранение, обновление, изменение, использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор имеет право на обмен (прием и передачу) персональными данными с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, во исполнение действующего законодательства Российской Федерации.

Я подтверждаю свое согласие на передачу моих персональных данных и персональных данных субъекта, законным представителем которого я являюсь, в:

(наименование и адрес лица, осуществляющего обработку персональных данных по поручению оператора)

Передача моих персональных данных и персональных данных субъекта, законным представителем которого я являюсь, может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня предоставления соответствующего отзыва в письменной форме.

« ____ » _____ 20 ____
(дата)

(подпись) / (расшифровка подписи)

Приложение № 2
к Порядку обеспечения
полноценным питанием
беременных женщин,
кормящих матерей, детей в
возрасте до трех лет
по заключению врачей
в городе Севастополе

Утвержден приказом
Департамента
здравоохранения
города Севастополя
от « 24» 08 2020

Перечень медицинских показаний, при наличии которых
осуществляется обеспечение полноценным питанием
беременных женщин, кормящих матерей, детей в возрасте до трех лет

Заключение врача о необходимости обеспечения полноценным питанием
выдается при наличии следующих медицинских показаний:

1. Для беременных женщин и кормящих матерей - анемия средней и тяжелой степени.
2. Для детей первого года жизни:
 - 2.1. Приобретенная (постнатальная) дистрофия типа гипотрофии.
 - 2.2. Заболевания матери, требующие лечения препаратами, представляющими опасность для здоровья ребенка (антиметаболиты, цитостатики, радиоактивные вещества, противотуберкулезные препараты).
 - 2.3. Анемия средней и тяжелой степени.
 - 2.4. Дети, рожденные от ВИЧ-инфицированных матерей.
3. Для детей второго и третьего года жизни - приобретенная (постнатальная) дистрофия типа гипотрофии.

Приложение № 3
к Порядку обеспечения
полноценным питанием
беременных женщин,
кормящих матерей, детей в
возрасте до трех лет
по заключению врачей
в городе Севастополе

Утвержден приказом
Департамента
здравоохранения
города Севастополя
от «24» 08 2020

Нормы обеспечения полноценным питанием беременных женщин,
кормящих матерей, а также детей в возрасте до трех лет по заключению врачей
в городе Севастополе

Норма обеспечения (в месяц)				
№ п/п	Наименование категории	Сбалансированная питательная смесь (кг)	Адаптированная молочная смесь (кг)	Сухая молочная каша (кг)
1.	Беременные женщины и кормящие матери	1,2	X	X
2.	Дети в возрасте до шести месяцев	x	3,0	X
3.	Дети в возрасте от шести месяцев до года	X	1,5	1,5
4.	Дети в возрасте от одного года до трех лет	X	X	1,0

Приложение № 4
к Порядку обеспечения
полноценным питанием
беременных женщин,
кормящих матерей, детей в
возрасте до трех лет
по заключению врачей
в городе Севастополе

Утвержден приказом
Департамента
здравоохранения
города Севастополя
от «24» 08 2020

Форма заключения врача
по обеспечению полноценным питанием беременных женщин, кормящих
матерей, а также детей в возрасте до трех лет в городе Севастополе

№ _____

Принято в отношении:
беременной женщины _____
(фамилия, имя, отчество, год рождения)

кормящей матери _____
(фамилия, имя, отчество, год рождения)

ребенка в возрасте до трех лет _____
(фамилия, имя, отчество, год рождения)

проживающей (его) по адресу: _____

Диагноз: _____

Имеет медицинские показания по обеспечению полноценным питанием:
с 202 _____ г. по 202 _____ г.

Подпись врача:

(подпись)

(расшифровка подписи)

ПОРЯДОК
обеспечения полноценным питанием отдельных категорий детей
по заключению врачей в городе Севастополе

1. Порядок обеспечения полноценным питанием отдельных категорий детей по заключению врачей в городе Севастополе (далее - Порядок) разработан с целью реализации мер по обеспечению полноценным питанием детей, проживающих в городе Севастополе и прикрепленных к медицинским организациям, подведомственным Департаменту здравоохранения города Севастополя:

- в возрасте до трех лет из многодетных и малоимущих семей, детей-инвалидов по заключению врачей по медицинским показаниям, характеризующим нуждаемость в сбалансированном и полноценном питании;

- в возрасте до года по заключению врачей по медицинским показаниям, характеризующим нуждаемость в сбалансированном и полноценном питании.

2. Департамент здравоохранения города Севастополя (далее - Департамент здравоохранения) является уполномоченным исполнительным органом государственной власти по вопросам организации обеспечения полноценным питанием указанных в п. 1 настоящего Порядка категорий детей.

3. Полномочия по закупке полноценного питания для отдельных категорий детей в соответствии с настоящим Порядком передаются Государственному бюджетному учреждению здравоохранения Севастополя «Городская больница № 5 - «Центр охраны здоровья матери и ребенка» (далее - медицинское учреждение) с предоставлением финансового обеспечения в виде субсидий на иные цели, не связанные с выполнением государственного задания.

4. Медицинское учреждение обеспечивает:

4.1. закупку, отпуск и учет полноценного питания в установленном действующим законодательством порядке;

4.2. закупку комплексной услуги по организации обеспечения отдельных категорий детей полноценным питанием сторонними организациями с целью расширения сети пунктов отпуска молочных продуктов;

4.3. формирование и предоставление отчетов по реализации мер обеспечения полноценным питанием по форме и в сроки, установленные Департаментом здравоохранения;

4.4. хранение документов по вопросам предоставления полноценного питания (заявления, направления, реестры направлений) в течение пяти лет;

4.5. прием заявлений от пациентов по форме согласно приложению № 1 в электронном виде;

4.6. выдачу направлений для обеспечения полноценным питанием отдельных категорий детей по заключению врачей в городе Севастополе

обеспечивается в отдельно выделенном кабинете для выдачи направлений либо непосредственно на приеме врача.

5. Медицинскими показаниями, характеризующими нуждаемость в сбалансированном и полноценном питании, при наличии которых осуществляется обеспечение полноценным питанием отдельных категорий детей, является несбалансированное питание и отсутствие медицинских противопоказаний.

6. Нормы обеспечения полноценным питанием и возраст отдельных категорий детей по заключению врачей в городе Севастополе установлены в приложении № 2 к настоящему Порядку.

7. Обеспечение полноценным питанием осуществляется на основании заявления одного из родителей (законных представителей) детей в возрасте до трех лет по форме, утвержденной приложением № 2 к настоящему Порядку, поданного посредством Регионального портала государственных услуг.

8. Заявление рассматривается в течение трех рабочих дней после подачи. Результатом рассмотрения заявления является оформление направления обеспечения полноценным питанием отдельных категорий детей либо мотивированный отказ (заключение врачебной комиссии).

9. Обеспечение полноценным питанием отдельных категорий детей в городе Севастополе осуществляется в одном из пунктов выдачи медицинского учреждения, выбранном заявителем из указанных в форме заявления, либо в одном из пунктов выдачи сторонних организаций, выбранном заявителем на Региональном портале государственных услуг.

10. Выдача полноценного питания отдельным категориям детей в городе Севастополе производится один раз в неделю в объемах в соответствии с приложением № 2.

11. Медицинское учреждение утверждает локальным правовым актом:

11.1. список медицинских работников, имеющих право оформления направлений на выдачу полноценного питания. Направление на выдачу полноценного питания оформляются по форме, утвержденной приложением № 3 к настоящему Порядку.

11.2. порядок отпуска и учета полноценного питания.

11.3. перечень пунктов выдачи сторонних организаций, сформированный на основании заключенных договоров. В случае изменений перечень актуализируется в течение одного дня, а также ежемесячно направляется для сверки в Главное управление информатизации и связи города Севастополя на адрес электронной почты guis@sev.gov.ru.

12. Полноценное питание предоставляется по направлениям, выданным согласно пункту 12.1 настоящего Порядка, с момента предоставления направления в пункт отпуска молочной кухни.

13. Направление врача по обеспечению полноценным питанием отдельных категорий детей содержит заключение врача о наличии медицинских показаний, характеризующих нуждаемость в сбалансированном и полноценном питании, выдается одному из родителей (законных представителей) на каждого рожденного, усыновленного, принятого под опеку (попечительство) совместно проживающего с ним ребенка по форме, утвержденной приложением № 3

к настоящему Порядку, и приобщается к амбулаторной карте пациента и (или) истории развития ребенка.

14. Направление врача по обеспечению полноценным питанием отдельных категорий детей выдается на три месяца.

15. При наличии технической возможности направление врача по обеспечению полноценным питанием отдельных категорий детей прикрепляется в «Личном кабинете» заявителя на Региональном портале государственных услуг.

16. Сведения о получателях мер социальной защиты (поддержки), социальных услуг, предоставляемых в рамках социального обслуживания и государственной социальной помощи, иных социальных гарантий и выплат (далее - меры социальной защиты (поддержки), и предоставленных мерах социальной защиты (поддержки), а также другие сведения, предусмотренные действующим законодательством Российской Федерации, в установленном порядке размещаются в Единой государственной информационной системе социального обеспечения (далее - ЕГИССО). Получение информации из ЕГИССО о получателях мер социальной защиты (поддержки) и мерах социальной защиты (поддержки), ее обработка и использование в целях осуществления Департаментом здравоохранения города Севастополя своих полномочий осуществляются согласно действующему законодательству Российской Федерации.

Приложение № 1
к Порядку обеспечения
полноценным питанием
отдельных категорий детей
по заключению врачей в
городе Севастополе

Утвержден приказом
Департамента
здравоохранения
города Севастополя
от «24» 08 2020

Форма заявления
на обеспечение полноценным питанием отдельных категорий детей
по заключению врачей в городе Севастополе

(должность, ФИО
руководителя медицинской организации)

Заявление

Я, _____
(ФИО гражданина, законного представителя ребенка льготной категории)

проживающий по адресу: _____

контактный телефон: _____

документ, удостоверяющий личность: _____

(наименование документа, удостоверяющего личность, серия и №, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

СНИЛС ребенка:

_____ 5
(наименование категории льготы)

прошу включить в список получателей полноценным питанием отдельных категорий детей по
заключению врачей в городе Севастополе

(ФИО ребенка, число, месяц, год рождения)

Пункт выдачи продуктов детского молочного питания:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ул. Ленина, 34 | <input type="checkbox"/> ул. Юмашева, 19 |
| <input type="checkbox"/> пр. ген. Острякова. 211А | <input type="checkbox"/> ул. адм. Макарова, 31 |

(адрес иного пункта выдачи)

«» _____ 20 г.
(дата)

./_____/_____
(подпись) (расшифровка подписи)

В соответствии с частью 4 статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях получения продуктов детского молочного питания по направлению врача подтверждаю свое согласие

(наименование организации, в которую предоставляется, юридический адрес)

на предоставление и обработку моих персональных данных и персональных данных субъекта, законным представителем которого я являюсь, а также сведений о фактах, событиях и обстоятельствах моей жизни и жизни субъекта, законным представителем которого я являюсь, представленных в

(наименование медицинской организации)

Оператор вправе обрабатывать персональные данные любым способом с использованием средств автоматизации, а также без таковых. Оператор вправе осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, хранение, обновление, изменение, использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор имеет право на обмен (прием и передачу) персональными данными с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, во исполнение действующего законодательства Российской Федерации.

Я подтверждаю свое согласие на передачу моих персональных данных и персональных данных субъекта, законным представителем которого я являюсь, в:

(наименование и адрес лица, осуществляющего обработку персональных данных по поручению оператора)

Передача моих персональных данных и персональных данных субъекта, законным представителем которого я являюсь, может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня предоставления соответствующего отзыва в письменной форме.

«»20 г.

(дата)

(подпись) (расшифровка подписи)

Приложение № 2
к Порядку обеспечения
полноценным питанием
отдельных категорий детей
по заключению врачей в
городе Севастополе

Утвержден приказом
Департамента
здравоохранения
города Севастополя
от «24» 08 2020

Нормы обеспечения
полноценным питанием отдельных категорий детей
по заключению врачей в городе Севастополе

1. Дети в возрасте до трех лет из многодетных и малоимущих семей,
дети-инвалиды по заключению врачей по медицинским показаниям,
установленным Департаментом здравоохранения города Севастополя

Отдельная категория ребенка	Перечень продуктов	Месячный объем продуктов на ребенка	Объем продуктов в упаковке	Количество упаковок в неделю, шт.	Рекомендуемая периодичность выдачи
Дети в возрасте шести и семи месяцев	Творог детский	Не менее 600 гр.	50 гр.	3	1 раз в неделю
Дети от восьми до двенадцати месяцев	Творог детский	Не менее 900 гр.	50 гр.	5	1 раз в неделю
	Кефир детский	Не менее 4500 гр.	200 гр.	6	1 раз в неделю
	Молоко	Не менее 6000 мл.	200 гр.	7	1 раз в неделю
Дети от тринадцати месяцев до двадцати четырех месяцев	Творог детский	Не менее 1500 гр.	50 гр.	7	1 раз в неделю
	Молоко	Не менее 12000 мл.	200 гр.	14	1 раз в неделю
	Кефир детский	Не менее 6000 гр.	200 гр.	7	1 раз в неделю
Дети от двадцати пяти	Творог детский	Не менее 1500 гр.	50 гр.	7	1 раз в неделю

Отдельная категория ребенка	Перечень продуктов	Месячный объем продуктов на ребенка	Объем продуктов в упаковке	Количество упаковок в неделю, шт.	Рекомендуемая периодичность выдачи
месяцев до тридцати шести месяцев	Кефир детский	Не менее 6000 гр.	200 гр.	7	1 раз в неделю
	Молоко	Не менее 12000 мл.	200 гр.	14	1 раз в неделю

2. Дети в возрасте до года по заключению врачей по медицинским показаниям, установленным Департаментом здравоохранения города Севастополя

Отдельная категория ребенка	Перечень продуктов	Месячный объем продуктов на ребенка	Объем продуктов в упаковке	Количество упаковок в неделю, шт.	Рекомендуемая периодичность выдачи
Дети в возрасте шести и семи месяцев	Творог детский	Не менее 600 гр.	50 гр.	3	1 раз в неделю
Дети в возрасте от восьми до двенадцати месяцев	Творог детский	Не менее 900 гр.	50 гр.	5	1 раз в неделю
	Кефир детский	Не менее 4500 гр.	200 гр.	6	1 раз в неделю
	Молоко	Не менее 6000 мл.	200 гр.	7	1 раз в неделю

Приложение № 3
к Порядку обеспечения
полноценным питанием
отдельных категорий детей
по заключению врачей в
городе Севастополе

Утвержден приказом
Департамента
здравоохранения
города Севастополя
от «24» 08 2020

Форма направления врача
по обеспечению полноценным питанием отдельных категорий детей
в городе Севастополе

Штамп
Код ЛПУ
Пункт ДМК № тел. _____ Наименование пункта выдачи _____

Код категории граждан	Источник финансирования	Процент оплаты																		
		Бесплатно																		

Подготовлено системой
Витакарта

Направление № _____ Дата выписки _____
Действует с _____ по _____

Ф.И.О. пациента _____

Дата рождения (МЕСЯЦЕВ ДНЕЙ) _____

Ф.И.О. законного представителя _____

Адрес _____

Ф.И.О. врача _____

Rp:

(код врача, фельдшера) Подпись и личная печать врача

Приложение № 3
к приказу ГБУЗ С «Городская
больница № 4»
№ 247/1 от 17.10.2022

Перечень пунктов выдачи
продуктов детского молочного питания, входящих в структуру
подведомственного Департаменту здравоохранения города Севастополя
медицинского учреждения (Государственного бюджетного учреждения
здравоохранения Севастополя «Городская больница № 5 - «Центр охраны
здоровья матери и ребенка»)

1. Пункт выдачи № 1 - ул. Ленина, 34.
2. Пункт выдачи № 2 - ул. Юмашева, 19 (здание детской поликлиники № 2 медицинского учреждения).
3. Пункт выдачи № 3 - пр.-т Генерала Острякова, 211-А (здание консультативной поликлиники медицинского учреждения).
4. Пункт выдачи № 4 - ул. Адмирала Макарова, 31