

საჯარო სამართლის იურიდიული პირი
სოციალური მომსახურების სააგენტო

ბ რ ძ ა ნ ე ბ ა



KA030436076795714

04-156/ო

27 / მაისი / 2014 წ.

**„დემოგრაფიული მდგომარეობის გაუმჯობესების ხელშეწყობის მიზნობრივი სახელმწიფო პროგრამის“
ფარგლებში, განცხადების ფორმისა და ბენეფიციართა რეეტრის ფორმირების ღონისძიებების დამტკიცების
შესახებ**

„დემოგრაფიული მდგომარეობის გაუმჯობესების ხელშეწყობის მიზნობრივი სახელმწიფო პროგრამის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2014 წლის 31 მარტის N262 დადგენილებით გათვალისწინებული ღონისძიებების რეალიზების მიზნით და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წლის 19 მაისის N01-31/ნ ბრძანებით დამტკიცებული „დემოგრაფიული მდგომარეობის გაუმჯობესების ხელშეწყობის მიზნობრივი სახელმწიფო პროგრამის“ ფარგლებში, ფულადი დახმარების დანიშნვის, შეჩერების, განახლებისა და შეწყვეტის წესისა და პირობების“ მე-6 მუხლის მე-5 პუნქტის და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 27 ივნისის N190/ნ ბრძანებით დამტკიცებული „საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – სოციალური მომსახურების სააგენტოს დებულების“ მე-4 მუხლის საფუძველზე,

ვბრძანებ:

1. „დემოგრაფიული მდგომარეობის გაუმჯობესების ხელშეწყობის მიზნობრივი სახელმწიფო პროგრამის“ (შემდგომში – სახელმწიფო პროგრამა) ფარგლებში, დამტკიცდეს განცხადების ფორმა მესამე და ყოველ მომდევნო ცოცხლადშობილი შვილის დაბადების გამო ფულადი დახმარების მიღების შესახებ (დანართი N1).

2. მესამე და ყოველ მომდევნო ცოცხლადშობილი შვილის დაბადების გამო ფულადი დახმარების მიღებ ბენეფიციართა რეეტრის ფორმირება ხორციელდება შემდეგი პირობებით:

ა) სსიპ – სოციალური მომსახურების სააგენტოს (შემდგომში – სააგენტო) შესაბამისმა ტერიტორიულმა ერთეულებმა (რაიონული განყოფილებები და სოციალური მომსახურების ცენტრები), მოქალაქის მიერ შევსებული განცხადებები, სახელმწიფო პროგრამის ადმინისტრირებასთან დაკავშირებით შექმნილ/არსებულ ელექტრონულ მონაცემთა ბაზაში უნდა განათავსონ არაუგვიანეს მომართვის მომდევნო თვის 4 (ოთხი) რიცხვამდე;

ბ) ამ პუნქტის ა“ ქვეპუნქტის შესაბამისად მონაცემთა ბაზაში განთავსებული იმ განცხადებების საფუძველზე, რომლებიც აკმაყოფილებს სახელმწიფო პროგრამით სარგებლობის პირობებს, სააგენტოს შესაბამისი ტერიტორიული ერთეულის პასუხისმგებელი პირი უზრუნველყოფს წინასწარი რეესტრ(ებ)ის ამობეჭდვას, არაუგვიანეს ყოველი თვის 6 (ექვსი) რიცხვამდე;

გ) სააგენტოს შესაბამისი ტერიტორიული ერთეულის უფროსი, ან მის მიერ ბრძანებით გამოყოფილი უფლებამოსილი პირი, უზრუნველყოფს ამ პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტის შესაბამისად ამობეჭდილი წინასწარი რეესტრების განაწილებას სააგენტოს უფლებამოსილ პირებზე (უფროსი სოციალური აგენტი ან სოციალური აგენტი), მათ მიერ წინასწარი რეესტრების დროულ და სათანადო შევსებაზე ზედამხედველობას;

დ) სააგენტოს შესაბამისი ტერიტორიული ერთეულის უფლებამოსილი პირ(ებ)ი (უფროსი სოციალური აგენტი ან სოციალური აგენტი) ვალდებულია, წინასწარი რეესტრების მიღებიდან 10 (ათი) სამუშაო დღის ვადაში განმცხადებლებთან ოჯახში ვიზიტით დაადასტუროს რეესტრში მითითებულ რეგისტრაციის მისამართზე მათი ფაქტობრივი ცხოვრება. ფაქტობრივად ცხოვრების დადასტურება ხდება უფლებამოსილი პირის (უფროსი სოციალური აგენტი ან სოციალური აგენტი) მიერ რეესტრის შესაბამისი გრაფების შევსებით, საკუთარი ხელმოწერით და ბეჭდით დადასტურებით;

ე) იმ პირებზე, რომელთა განცხადებაში მითითებულ რეგისტრაციის მისამართზე ფაქტობრივი ცხოვრება არ იქნება დადასტურებული, თანხის გადარიცხვა შეჩერდება, რაც აისახება მონაცემთა ბაზაში შესაბამისი სტატუსით – „შეჩერებული“;

ვ) უფლებამოსილი პირის (უფროსი სოციალური აგენტი ან სოციალური აგენტი) მიერ შევსებული რეესტრები მონაცემთა ბაზაში უნდა განთავსდეს შევსებიდან არაუგვიანეს 2 (ორი) სამუშაო დღის ვადაში;

ზ) უფლებამოსილი პირი (უფროსი სოციალური აგენტი ან სოციალური აგენტი) პასუხისმგებელია იმ ინფორმაციის სისწორეზე, რომელიც მის მიერ იქნება ასახული წინასწარ რეესტრში;

თ) იმ განმცხადებელთა მონაცემები, რომელთა ფაქტობრივი ცხოვრება დადასტურდება რეგისტრაციის მისამართზე, აისახება მონაცემთა ბაზაში, რის საფუძველზეც ფორმირდება საანგარიშო თვის საბოლოო რეესტრი, არაუგვიანეს ყოველი თვის ბოლო კვირაში;

ი) მონაცემთა ბაზაში ინფორმაციის განთავსების სისწორეზე პასუხისმგებლობა ეკისრება ტერიტორიული ერთეულის უფროსის მიერ ბრძანებით განსაზღვრულ თანამშრომელს.

3. სახელმწიფო პროგრამის ადმინისტრირება, წინამდებარე ბრძანებასთან ერთად, ხორციელდება საქართველოს მოქმედი კანონდებლობით.

4. სააგენტოს სოციალური დახმარებების ადმინისტრირების დეპარტამენტმა (გ. ჩივიაშვილი) მეთოდური დახმარება გაუწიოს სააგენტოს შესაბამის ტერიტორიულ ერთეულებს საქართველოს მთავრობის 2014 წლის 31 მარტის N262 დადგენილებით, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წლის 19 მაისის N01-31/ნ ბრძანებით და ამ ბრძანებით გათვალისწინებული ღონისძიებების განხორციელებაში.

5. სააგენტოს ადმინისტრაციულმა დეპარტამენტმა (გ. გოგოლაძე) უზრუნველყოს:

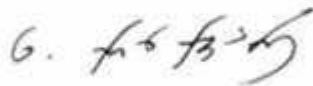
ა) დოკუმენტბრუნვის ელექტრონული სისტემის (დეს) მეშვეობით, წინამდებარე ბრძანების დაგზავნა სააგენტოს ყველა სტრუქტურული და ტერიტორიული ერთეულისათვის;

ბ) წინამდებარე ბრძანების და მისი დანართის სააგენტოს ოფიციალურ ვებ-გვერდზე (www.ssa.gov.ge) განთავსება.

6. ბრძანება ამოქმედდეს 2014 წლის 1 ივნისიდან.

დირექტორის მოვალეობის შემსრულებელ

ნოე ქინქლაძე



ნ. ქინქლაძე

ივსება სააგენტოს პასუხისმგებელი პირის მიერ	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>განცხადების რეგისტრაციის ნომერი</i>	თარიღი (რიცხვი/თვე/წელი): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

განმცხადებლის რეკვიზიტები		
სახელი:	გვარი:	დაბადების თარიღი (რიცხვი/თვე/წელი): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
პირადი ნომერი: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	საკონტაქტო ტელეფონი:	ხართ თუ არა ოჯახის წევრი? <input type="checkbox"/> 1. დიახ <input type="checkbox"/> 2. არა

ნათესაური კავშირი დაბადებულ ბავშვთან:

ბიოლოგიური დედა ბიოლოგიური მამა სხვა კანონიერი წარმომადგენელი

მაძიებელი ოჯახის მისამართი
დახმარების მისაღებად აუცილებელი პირობაა, რომ რეგისტრაციისა და ფაქტიური საცხოვრებელი ადგილის მისამართი იყოს ერთი და იგივე

თვითმმართველი ქალაქი:	მუნიციპალიტეტი:	საფოსტო ინდექსი: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
ადმინისტრაციული ერთეული:	სოფელი:		
ქუჩა/კვარტალი/მიკრორაიონი:	სახლის N:	კორპუსი:	ბინის N:
1. ტელეფონი :	2. ტელეფონი:	ელ-ფოსტა:	

ოჯახში დაბადებული ბავშვ(ებ)ის რეკვიზიტები						
N	სახელი	გვარი	პირადი ნომერი	დაბადების თარიღი		
				რიცხვი	თვე	წელი
1			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

თანხის მიმღები პირის რეკვიზიტები		
სახელი:	გვარი:	დაბადების თარიღი (რიცხვი/თვე/წელი): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
პირადი ნომერი: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	საკონტაქტო ტელეფონი:	ხართ თუ არა ოჯახის წევრი? <input type="checkbox"/> 1. დიახ <input type="checkbox"/> 2. არა

- ბენეფიციარის/კანონიერი წარმომადგენლის ვალდებულება**
- აცნობოს სააგენტოს იმ გარემოებების დადგომის შესახებ, რომელსაც თან სდევს ფულადი დახმარების შეწყვეტა, ამ გარემოების წარმოშობიდან არაუგვიანეს 15 დღისა.
 - შეასრულოს საქართველოს კანონმდებლობით გათვალისწინებული სხვა მოვალეობები.

გავეყვანი საქართველოს მთავრობის 2014 წლის 31 მარტის N262 დადგენილებით განსაზღვრულ პირობებს და ვიღებ ვალდებულებას მათ განუხრელ შესრულებაზე, აგრეთვე განცხადებაში მითითებული მონაცემების სისწორეზე, რასაც ვადასტურებ ჩემი ხელმოწერით

 ხელმოწერა თარიღი