



**ГОРІШНЬОПЛАВНІВСЬКА МІСЬКА РАДА
ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ**

ВИКОНАВЧИЙ КОМІТЕТ

РІШЕННЯ

24.10.2017

№ 293

Про доповнення списку дітей перших двох років життя із числа малозабезпечених сімей для безкоштовного забезпечення продуктами дитячого харчування з жовтня 2017 року

На виконання делегованих повноважень, зазначених у ст.32 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні», відповідно до Інструкції Міністерства охорони здоров'я України, затвердженої наказом від 30.03.1994р. № 42 «Про порядок безкоштовного забезпечення продуктами дитячого харчування дітей перших двох років життя із малозабезпечених сімей», з метою забезпечення раціонального харчування дітей перших двох років життя із числа малозабезпечених сімей, виконавчий комітет Горішньоплавнівської міської ради Полтавської області

ВИРІШИВ:

1. Доповнити список дітей перших двох років життя із малозабезпечених сімей для безкоштовного забезпечення продуктами дитячого харчування з жовтня 2017 року згідно з додатком.
2. Підставою включення в список на забезпечення безкоштовним харчуванням є довідка управління соціального захисту населення Горішньоплавнівської міської ради Полтавської області про одержання державної соціальної допомоги малозабезпеченим сім'ям.
3. Підставою видачі безкоштовного харчування є надання довідки до Центру первинної медико – санітарної допомоги м. Горішні Плавні (далі Центр ПМСД м. Горішні Плавні).

4. Підставою закінчення видачі безкоштовного харчування вважати досягнення дитиною віку 1 року 11 місяців 29 днів або кінець терміну дії довідки.

5. Центру ПМСД м. Горішні Плавні (Ковпак А.В.) забезпечити видачу безкоштовних рецептів на продукти дитячого харчування дітям перших двох років життя із числа малозабезпечених сімей в межах асигнувань, виділених на 2017 рік.

Перший заступник міського голови

(підписано)

О.А. Чуприна

Додаток
до рішення виконавчого комітету
Горішньоплавнівської міської ради
від 24.10.2017 № 293

СПИСОК
дітей перших двох років життя із малозабезпечених сімей для
безкоштовного забезпечення продуктами дитячого харчування
з жовтня 2017 року

№ з/п	П.І.Б. дитини	Дата народження	Адреса	Дата видачі довідки	Дата надання довідки до ЛПЗ	Термін дії довідки
1.	*****	*****	*****	*****	*****	*****
2.	*****	*****	*****	*****	*****	*****
3.	*****	*****	*****	*****	*****	*****
4.	*****	*****	*****	*****	*****	*****
5.	*****	*****	*****	*****	*****	*****
6.	*****	*****	*****	*****	*****	*****
7.	*****	*****	*****	*****	*****	*****

**В. о. начальника управління
охорони здоров'я**

В.О. Дудник

Вовк 22105
Поправко 22112