

Կ Ա Ր Գ

ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎՈՒԹՅԱՆ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԻՑ ԵՎ ԵՐԱՇԽԻՔՆԵՐԻՑ ՕԳՏՎԵԼՈՒ ՆՊԱՏԱԿՈՎ ՋՈՇՎԱԾ (ՄԱՀԱՑԱԾ) ԶԻՆԾԱՌԱՅՈՂԻ ԸՆՏԱՆԻՔԻ ԱՆԴԱՄԻ, ԻՆՉՊԵՍ ՆԱԵՎ ՀԱՇՄԱՆԴԱՄՈՒԹՅԱՆ ԶԻՆՎՈՐԱԿԱՆ ԿԵՆՍԱԹՈՇԱԿԻ ԻՐԱՎՈՒՆՔ ՈՒՆԵՑՈՂ ՆԱԽԿԻՆ ԶԻՆԾԱՌԱՅՈՂԻ ԿԱՐԳԱՎԻՃԱԿԸ ՀԱՍՏԱՏՈՂ ՏԵՂԵԿԱՆՔԻ ՏՐՄԱՆ

1. Սույն կարգով կարգավորվում են «Զինվորական ծառայության և զինծառայողի կարգավիճակի մասին» օրենքի 72-րդ հոդվածի 1-ին և 2-րդ մասերում նախատեսված պետական կառավարման մարմինների (այսուհետ՝ իրավասու պետական մարմին) սոցիալական ապահովության խնդիրներ իրականացնող ստորաբաժանումների կողմից իրավասու պետական մարմինների համակարգերի զոհված (մահացած) զինծառայողների և նրանց հավասարեցված անձանց ընտանիքների անդամներին, ինչպես նաև հաշմանդամության զինվորական կենսաթոշակի իրավունք ունեցող նախկին զինծառայողներին և նրանց հավասարեցված անձանց (այսուհետ՝ նաև շահառու) սոցիալական ապահովության իրավունքներից և երաշխիքներից օգտվելու նպատակով կարգավիճակը հաստատող տեղեկանքի տրման հետ կապված հարաբերությունները:

2. Սույն կարգի դրույթները տարածվում են նաև՝

1) ծառայությունից սահմանված կարգով արձակվելուց հետո մահացած այն զինծառայողների ընտանիքների վրա, որոնց մահվան պատճառը ծառայության ընթացքում ստացած վնասվածքն է կամ ձեռք բերած հիվանդությունը.

2) ծառայողական պարտականությունները կատարելիս կամ Հայաստանի Հանրապետության պաշտպանության մարտական գործողությունների կամ հակառակորդի հետ շփման գծում մարտական հերթապահության կամ հատուկ առաջադրանք կատարելու ժամանակ անհայտ կորելու հետևանքով դատական կարգով անհայտ բացակայող կամ մահացած ճանաչված անձանց ընտանիքների վրա:

3. Սույն կարգի համաձայն սոցիալական ապահովության իրավունքներից և երաշխիքներից օգտվելու նպատակով կարգավիճակը հաստատող տեղեկանքն ստանալու համար գոհված (մահացած) շահառուի ընտանիքի անդամը կամ հաշմանդամության զինվորական կենսաթոշակի իրավունք ունեցող շահառուն իրավասու պետական մարմնի սոցիալական ապահովության խնդիրներ իրականացնող ստորաբաժանում է ներկայացնում դիմում՝ համապատասխանաբար համաձայն NN 1 կամ 2 ձևերի: Դիմումը կարող է ներկայացվել փաստաթղթային կամ էլեկտրոնային եղանակով, փաստաթղթային դիմումը կարող է ներկայացվել անձամբ կամ փոստային առաքման միջոցով: Դիմումին կից ներկայացվում են սույն որոշման N 2 հավելվածով սահմանված փաստաթղթերը:

4. Եթե ներկայացված դիմումին կցված չեն սույն որոշման N 2 հավելվածում նշված փաստաթղթերից որևէ մեկը կամ ներկայացված փաստաթղթերը չեն ներառում կարգավիճակը որոշելու համար անհրաժեշտ տեղեկատվությունը, ապա իրավասու պետական մարմնի սոցիալական ապահովության խնդիրներ իրականացնող ստորաբաժանումը դիմումն ստանալու եղանակին համապատասխանող ձևաչափով դիմումատուին 3 աշխատանքային օրվա ընթացքում գրավոր տեղեկացնում է թերի փաստաթուղթը կամ տեղեկատվությունը լրացուցիչ ներկայացնելու անհրաժեշտության մասին:

5. Սոցիալական ապահովության իրավունքներից և երաշխիքներից օգտվելու նպատակով շահառուի կարգավիճակը հաստատող տեղեկանքը դիմումատուին տրամադրվում է դիմումը և սույն որոշման N 2 հավելվածում նախատեսված ամբողջական փաստաթղթերն իրավասու պետական մարմնի սոցիալական ապահովության խնդիրներ իրականացնող ստորաբաժանումում մուտքագրվելու օրվան հաջորդող 5 աշխատանքային օրվա ընթացքում՝ դիմումատուի կողմից նախընտրած եղանակով:

6. Շահառուներին տրվող տեղեկանքները համարվում են հատուկ հաշվառման փաստաթղթեր և դրանց տրման համար իրավասու պետական մարմնի սոցիալական ապահովության խնդիրներ իրականացնող ստորաբաժան կողմից վարվում է գրանցամատյան:

(իրավասու պերական մարմնի անվանումը)
սոցիալական ապահովության խնդիրներ իրականացնող
ստորաբաժանման ղեկավար
պրն _____
_____ -ից

Հասցեն _____

Հեռ. _____

Դ Ի Մ ՈՒ Մ

Ես՝ _____, հանդիսանում եմ
(Ա.Ա.Հ.)

(զոհված (մահացած) զինծառայողի (կամ նրան հավասարեցված անձի) Ա.Ա.Հ., ազգակցական կապը)

Կից ներկայացնում եմ հետևյալ փաստաթղթերը՝

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____

Սոցիալական ապահովության իրավունքներից և երաշխիքներից օգտվելու նպատակով խնդրում եմ տրամադրել Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2023 թվականի օգոստոսի 3-ի N 1317 -Ն որոշմամբ սահմանված՝ կարգավիճակս հաստատող տեղեկանքը:

Խնդրում եմ տեղեկանքը տրամադրել _____ եղանակով:
(նշել տրամադրման համար նախընտրելի եղանակը)

Դիմող _____
(ստորագրությունը)

(ազգանունը, անունը)

_____ 20 թ.

Ձև N 2

(իրավասու պեղական մարմնի անվանումը)
սոցիալական ապահովության խնդիրներ իրականացնող
ստորաբաժանման ղեկավար
պրն _____
_____ -ից

Հասցեն _____

Հեռ. _____

Դ Ի Մ ՈՒ Մ

Ես՝ _____, հանդիսանում եմ
(նախկին զինծառայող (կամ նրան հավասարեցված անձի) Ա.Ա.Հ.)

(ֆունկցիոնալության սահմանափակման աստիճանը (հաշմանդամության խումբը)

Կից ներկայացնում եմ հետևյալ փաստաթղթերը՝

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Սոցիալական ապահովության իրավունքներից և երաշխիքներից օգտվելու նպատակով խնդրում եմ տրամադրել Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2023 թվականի օգոստոսի 3-ի N 1317 -Ն որոշմամբ սահմանված՝ կարգավիճակս հաստատող տեղեկանքը:

Խնդրում եմ տեղեկանքը տրամադրել _____ եղանակով:
(նշել տրամադրման համար նախընտրելի եղանակը)

Դիմող _____
(ստորագրությունը)

(ազգանունը, անունը)

_____ 20 թ.

**ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ
ՎԱՐՉԱՊԵՏԻ ԱՇԽԱՏԱԿԱԶՄԻ
ՂԵԿԱՎԱՐ**

Ա. ՀԱՐՈՒԹՅՈՒՆՅԱՆ