

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



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ



**ПОЛУЧАЙТЕ  
МОЛОЧНЫЕ  
ПРОДУКТЫ  
В БЛИЖАЙШЕМ  
МОЛОЧНОМ  
ПУНКТЕ**

**ПРИКРЕПИТЕСЬ К МОЛОЧНОЙ КУХНЕ  
НА ПОРТАЛЕ [USLUGI.MOSREG.RU](https://uslugi.mosreg.ru)**



Беременные  
от 3 мес. до родов



Кормящим  
матерям до 6 мес.  
с момента родов



Дети  
0-3 года



Возможность  
электронного  
продления

## Прием заявления на прикрепление на РПГУ

<https://uslugi.mosreg.ru/services/20713>

Первым шагом в оформлении услуги является - согласие на предоставление достоверной информации, обработку данных и т.д.

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

- ВЫБОР УСЛУГИ
- СОГЛАСИЕ**
- ПРЕДСТАВИТЕЛЬ
- ЗАЯВИТЕЛЬ
- ЗАЯВЛЕНИЕ
- ДОКУМЕНТЫ
- 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 >](#)

Далее необходимо обозначить, на кого будет оформляться молочная кухня: «Дети от 0 до 3 лет», «Беременная женщина» или «Кормящая мать»

При выборе категории «Дети от 0 до 3 лет», **ОБЯЗАТЕЛЬНО** нужно заполнить форму Представителя Заявителя (данные родителя представляющего ребенка) и форму Заявителя (данные ребенка, на которого оформляется молочная кухня).

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

ЗАПОЛНЕНО НА 11%

- СОГЛАСИЕ**
- ПРЕДСТАВИТЕЛЬ**
- ЗАЯВИТЕЛЬ
- ЗАЯВЛЕНИЕ
- ПРЕДПРОСМОТР

ЯВЛЯЮСЬ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ ЗАЯВИТЕЛЯ  Да  Нет

КАТЕГОРИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ, НУЖДАЮЩЕГОСЯ В ПРИКРЕПЛЕНИИ К МОЛОЧНОЙ КУХНЕ \*

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

Для этого в поле Являюсь представителем заявителя нужно переключить значение тумблера с "Нет" на "Да" и заполнить поля по Представителю

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ НЕ ЗАПОЛНЕНО

КАТЕГОРИЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ \*

После заполнения данных Заявителя (Представителя Заявителя) Вы переходите в раздел Заявление. Где необходимо выбрать Ваше Муниципальное образование, медучреждение, в котором на момент подачи заявления обсуживаетесь, пункт выдачи МК и набор. Так же необходимо дать (не дать) согласие на автоматическую генерацию заявления каждый месяц.

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

ЗАПОЛНЕНО НА 100%

1. СОГЛАСИЕ

2. ПРЕДСТАВИТЕЛЬ

3. ЗАЯВИТЕЛЬ

4. ЗАЯВЛЕНИЕ

5. ПРЕДПРОСМОТР

### СВЕДЕНИЯ О ПРИКРЕПЛЕНИИ

ЗАПОЛНЕНО

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 \*

г. Можайск; ул. Амбулаторная, д. 1

КАТЕГОРИЯ НАБОРА \*

Дети от 0 до 6

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

НАБОР МОЛОЧНОЙ КУХНИ, КОТОРЫЙ  
ВЫ ЖЕЛАЕТЕ ПОЛУЧАТЬ \*

Набор 5

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

Да

Так же нужно заполнить реквизиты необходимых документов, если таковы имеются.

СПРАВКА О НЕПОЛУЧЕНИИ МК В ДРУГОМ  
УЧРЕЖДЕНИИ

НЕ ЗАПОЛНЕНО

ДАТА ВЫДАЧИ \*

xx.xx.xxxx

ФАМИЛИЯ \*

Не заполнено

ИМЯ \*

Не заполнено

ОТЧЕСТВО

ДОЛЖНОСТЬ ВРАЧА \*

Не заполнено

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА

НЕ ЗАПОЛНЕНО

ДАТА ВЫДАЧИ \*

xx.xx.xxxx

ФАМИЛИЯ \*

Не заполнено

ИМЯ \*

Не заполнено

ОТЧЕСТВО

ДОЛЖНОСТЬ ВРАЧА \*

Не заполнено