**ТИПОВА ІНФОРМАЦІЙНА КАРТКА**
**адміністративної послуги**

**„ПРИЗНАЧЕННЯ ТИМЧАСОВОЇ ДЕРЖАВНОЇ ДОПОМОГИ НЕПРАЦЮЮЧІЙ ОСОБІ, ЯКА ДОСЯГЛА ПЕНСІЙНОГО ВІКУ, АЛЕ НЕ НАБУЛА ПРАВА НА ПЕНСІЙНУ ВИПЛАТУ У ЗВ’ЯЗКУ З ВІДСУТНІСТЮ СТРАХОВОГО СТАЖУ”**

**Департамент соціальної політики Житомирської міської ради**

**(Управління соціального захисту населення Богунського району,**

**Управління соціального захисту населення Корольовського району)**

(найменування суб’єкта надання адміністративної послуги / центру надання адміністративних послуг / виконавчого органу ради об’єднаної територіальної громади)

|  |
| --- |
| **Інформація про суб’єкт надання адміністративної послуги / центр надання адміністративних послуг / виконавчий орган ради об’єднаної територіальної громади** |
| 1 | Місцезнаходження  | *Адреса суб’єкта надання адміністративної послуги:***Прийом документів:**Управління соціального захисту населення Богунського району департаменту соціальної політики Житомирської міської ради 10003, м.Житомир, вул. Перемоги,55**Прийом документів:**Управління соціального захисту населення Корольовського району департаменту с соціальної політики Житомирської міської ради 10009, м.Житомир, площа Польова,8 |
| 2 | Інформація щодо режиму роботи  | Управління соціального захисту населення Богунського району департаменту соціальної політики Житомирської міської ради 10003, м.Житомир, вул. Перемоги,55Управління соціального захисту населення Корольовського району департаменту с соціальної політики Житомирської міської ради 10009, м.Житомир, площа Польова,8Понеділок - п’ятниця з 9-00 до 18-00Обідня перерва з 13.00 до 14.00  |
| 3 | Телефон / факс, електронна адреса, офіційний веб-сайт  | Управління соціального захисту населення Богунського району департаменту соціальної політики Житомирської міської ради:тел./факс (0412) 42-50-14boguniya1826@ukr.netУправління соціального захисту населення Корольовського району департаменту соціальної політики Житомирської міської ради тел./факс (0412) 33-10-44upsznkorzt@ukr.net |
| **Нормативні акти, якими регламентується надання адміністративної послуги** |
| 4 | Закони України | [Закони України](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80) „Про загальнообов’язкове державне пенсійне страхування” від 09.07.2003 № 1058-IV; „Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо підвищення пенсій” від 03.10.2017 № 2148-VIII |
| 5 | Акти Кабінету Міністрів України | Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 [№ 1098](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1150-98-%D0%BF) „Про затвердження Порядку призначення тимчасової державної соціальної допомоги непрацюючій особі, яка досягла загального пенсійного віку, але не набула права на пенсійну виплату” |
| **Умови отримання адміністративної послуги** |
| 6 | Підстава для отримання  | Особа, яка досягла віку, визначеного [частиною першою](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1058-15#n465) статті 26 Закону України „Про загальнообов’язкове державне пенсійне страхування”, але не набула права на пенсійну виплату у зв’язку з відсутністю,  за наявності в неї не менш як 15 років страхового стажу |
| 7 | Перелік необхідних документів | Заява;документ, що посвідчує особу;інформація про адресу зареєстрованого місця проживання (адресу фактичного місця проживання);документ про присвоєння реєстраційного номера облікової картки платника податків;довідка про наявний трудовий стаж, видана органами Пенсійного фонду України;декларація про доходи та майновий стан (заповнюється на підставі довідок про доходи кожного члена сім’ї) за останні шість календарних місяців, що передують місяцю звернення за призначенням тимчасової допомоги;копія рішення про призначення опікуна (для особи, яку визнано недієздатною);інформація про склад сім’ї особи, яка звернулася за призначенням тимчасової допомоги (зазначається в декларації про доходи та майновий стан).Для призначення допомоги за місцем фактичного проживання, до заяви додається довідка про неотримання такої допомоги в органах соціального захисту населення за зареєстрованим місцем проживання |
| 8 | Спосіб подання документів  | Заява та документи подаються особою особисто |
| 9 | Платність (безоплатність) надання  | Адміністративна послуга надається безоплатно |
| 10 | Строк надання  | Рішення про призначення тимчасової допомоги або про відмову у призначенні тимчасової допомоги приймається органом соціального захисту населення протягом десяти календарних днів з дня звернення за призначенням такої допомоги |
| 11 | Перелік підстав для відмови у наданні  | Середньомісячний сукупний дохід сім’ї в розрахунку на одну особу за попередні шість місяців перевищує 100 відсотків прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність;особа одержує пенсію або державну соціальну допомогу, що призначається відповідно до [Законів України](http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2109-14) „Про державну соціальну допомогу особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю” або „Про державну соціальну допомогу особам, які не мають права на пенсію, та особам з інвалідністю”;особа або члени її сім’ї протягом 12 місяців перед зверненням за наданням тимчасової допомоги здійснили купівлю земельної ділянки, квартири (будинку), автомобіля, іншого транспортного засобу (механізму), будівельних матеріалів, інших товарів довгострокового вжитку або оплатили послуги (одноразово) з будівництва, ремонту квартири (будинку) або автомобіля, іншого транспортного засобу (механізму), телефонного (в тому числі мобільного) зв’язку, крім житлово-комунальних послуг у межах соціальної норми житла та соціальних нормативів користування житлово-комунальними послугами та медичних послуг, пов’язаних із забезпеченням життєдіяльності, на суму, яка на дату купівлі (оплати) перевищує 50 тис. гривень;особа працює, провадить іншу діяльність, пов’язану з отриманням доходу;за результатами вибіркового обстеження матеріально-побутових умов сім’ї виявлено, що особа має додаткові джерела для існування, не зазначені у декларації про доходи та майно (здавання в найм або в оренду житлового приміщення (будинку) або його частини; один чи кілька членів сім’ї працюють без оформлення трудових відносин в установленому порядку; можливість отримання доходу від утримання худоби, птиці, інших тварин; дохід від народних промислів, використання наявної сільськогосподарської техніки, вантажних машин, мікроавтобусів тощо);у власності особи або членів її сім’ї є друга квартира (будинок) за умови, що загальна площа житла перевищує 21 кв. м на одного члена сім’ї та додатково 10,5 кв. м на сім’ю, чи більш як один автомобіль, інший транспортний засіб (механізм) |
| 12 | Результат надання адміністративної послуги | Призначення / відмова в призначенні тимчасової державної соціальної допомоги непрацюючій особі, яка досягла загального пенсійного віку, але не набула права на пенсійну виплату |
| 13 | Способи отримання відповіді (результату) | Допомогу можна отримати через поштове відділення зв’язку або через уповноважені банки, визначені в установленому порядку.Про відмову у призначенні тимчасової допомоги орган соціального захисту населення письмово повідомляє особі, яка звернулася за її призначенням, у п’ятиденний строк з дня прийняття рішення |

**Технологічна картка**

**ПРИЗНАЧЕННЯ ТИМЧАСОВОЇ ДЕРЖАВНОЇ ДОПОМОГИ НЕПРАЦЮЮЧІЙ ОСОБІ, ЯКА ДОСЯГЛА ПЕНСІЙНОГО ВІКУ, АЛЕ НЕ НАБУЛА ПРАВА НА ПЕНСІЙНУ ВИПЛАТУ У ЗВ’ЯЗКУ З ВІДСУТНІСТЮ СТРАХОВОГО СТАЖУ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Етапи послуги** | **Відповідальна посадова особа і структурний підрозділ** | **Дія****(В, У, П, З)** | **Термін виконання (днів)** |
| 1. | Прийом і перевірка повноти пакету документів, консультація щодо надання інших документів протягом терміну доносу, зазначеному у відповідному законодавстві, реєстрація заяви, повідомлення заявника про орієнтовний термін отримання допомоги | Спеціаліст сектору прийому громадян відділу соціальних допомог | в | Протягом1 дня |
| 2. | Формування особової справи заявника | Спеціаліст сектору прийому громадян відділу соціальних допомог | в | Протягом1 дня |
| 3. | Передача особової справи заявника для призначення (відмови) заявленої допомоги | Спеціаліст сектору прийому громадян відділу соціальних допомог | в | Протягом1 – 2 дня (при наявності повного пакету документів) |
| 4. | Призначення (відмова в призначенні) заявленої допомоги | Спеціаліст сектору прийняття рішень відділу соціальних допомог | в | Протягом7 днів |
| 5. | Передача особової справи заявника з призначенням (відмовою) заявленої допомоги для перевірки прийнятого рішення | Спеціаліст сектору прийняття рішень відділу соціальних допомог | в | Протягом1 дня |
| 6. | Перевірка рішень щодо призначення (відмови), перерахунку заявленої допомоги, правильності нарахувань | Спеціаліст сектору контролю за призначенням, перерахунком, виплатою соціальних допомог і пенсій відділу соціальних допомог | в | Протягом1 дня |
| 7. | Подача особової справи начальнику відділу для візування | Спеціаліст сектору контролю за призначенням, перерахунком, виплатою соціальних допомог і пенсій відділу соціальних допомог | в | Протягом1 дня |
| 8. | Візування та повернення особових справ архіваріусу відділу | Начальник відділу | п | Протягом1 дня |
| 9. | Формування повідомлення про відправку особових справ з призначенням (відмовою) до обласного центру по нарахуванню та здійсненню соціальних виплат | Спеціаліст - архіваріус сектору прийняття рішень відділу соціальних допомог | в | Протягом1 дня |
| 10. | Повідомлення заявника про призначення (відмову) соціальної допомоги | Спеціаліст сектору прийому громадян відділу соціальних допомог | в | Протягом5 днів |
| Загальна кількість днів надання послуги - | **10** |
| Загальна кількість днів (передбачена законодавством) - | **10** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | ЗАТВЕРДЖЕНОНаказ Міністерства соціальної політики України21 квітня 2015 року № 441 |

# *Заповнюється: заявником/ уповноваженим представником*

# До органу праці та соціального захисту населення \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# від\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

# зареєстрований за адресою: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

# проживаю за адресою: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, контактний телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт: серія\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#  “\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ р., реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія та номер паспорта з відміткою про відмову від прийняття такого номера \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата народження „\_\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ р.

**звернення: первинне повторне номер основної особової справи**

**№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(дата реєстрації заяви)

# ЗАЯВА

# про призначення усіх видів соціальної допомоги, компенсацій та пільг

**Прошу призначити (перерахувати)**

(потрібне підкреслити)

|  |
| --- |
| **1. Державну допомогу сім’ям з дітьми, а саме:** |
| допомогу у зв’язку з вагітністю та пологами |  |
| допомогу при народженні дитини |  |
| допомогу при усиновленні дитини |  |
| допомогу на дітей, над якими встановлено опіку чи піклування |  |
| допомогу на дітей одиноким матерям |  |
| **2. Державну соціальну допомогу малозабезпеченим сім’ям** |  |
| **3. Державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам, а саме:** |
| допомогу інвалідам з дитинства I групи |  |
| допомогу інвалідам з дитинства II групи |  |
| допомогу інвалідам з дитинства III групи |  |
| допомогу на дітей-інвалідів віком до 18 років |  |
| надбавку на догляд за інвалідом з дитинства підгрупи А I групи  |  |
| надбавку на догляд за інвалідом з дитинства підгрупи Б I групи  |  |
| одиноким інвалідам з дитинства II і III груп, які за висновком ЛКК закладу охорони здоров’я потребують постійного стороннього догляду  |  |
| надбавку на догляд за дитиною-інвалідом віком до 6 років |  |
| надбавку на догляд за дитиною-інвалідом віком від 6 до 18 років |  |
| **4. Державну соціальну допомогу особам, які не мають права на пенсію, та інвалідам, а саме:** |
| допомогу інвалідам І групи |  |
| допомогу жінкам, яким присвоєно звання України „Мати-героїня” |  |
| допомогу інвалідам ІІ групи |  |
| допомогу інвалідам ІІІ групи |  |
| допомогу священнослужителям, церковнослужителям |  |
| допомогу особам, які досягли віку, що дає право на призначення допомоги |  |
| допомогу на догляд одиноким малозабезпеченим особам, які за висновком ЛКК закладу охорони здоров’я потребують постійного стороннього догляду (крім інвалідів І групи) |  |
| допомогу на догляд малозабезпеченим інвалідам підгрупи А І групи  |  |
| допомогу на догляд малозабезпеченим інвалідам підгрупи Б І групи |  |
| **5. Компенсаційні виплати та допомоги громадянам, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи** |
| одноразову компенсацію учасникам ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС, які стали інвалідами внаслідок Чорнобильської катастрофи |  |
| одноразову компенсацію дітям, які стали інвалідами внаслідок Чорнобильської катастрофи |  |
| одноразову компенсацію сім’ям, які втратили годувальника із числа осіб, віднесених до учасників ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС та смерть яких пов’язана з Чорнобильською катастрофою |  |
| щорічну допомогу на оздоровлення |  |
| компенсацію вартості самостійного санаторно-курортного лікування |  |
| компенсацію проїзду один раз на рік до будь-якого пункту України і назад автомобільним, або повітряним, або залізничним, або водним транспортом особам, віднесеним до категорій 1 та 2 |  |
| компенсацію 50 (25) процентів вартості продуктів харчування за медичними (фізіологічними) нормами, встановленими Міністерством охорони здоров’я України, громадянам, які віднесені до категорій 1 та 2  |  |
| грошову компенсацію на дітей, які не харчуються в навчальних закладах, розташованих на територіях радіоактивного забруднення, та дітей, які є інвалідами внаслідок Чорнобильської катастрофи і не харчуються в навчальних закладах, а також за всі дні, коли вони не відвідували ці заклади |  |
| **6. Тимчасову державну допомогу дітям** |  |
| **7. Соціальну допомогу на дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, грошове забезпечення батькам-вихователям і прийомним батькам** |  |
| **8. Допомогу на догляд** (щомісячну грошову допомогу особі, яка проживає разом з інвалідом I чи II групи внаслідок психічного розладу, який за висновком лікарської комісії медичного закладу потребує постійного стороннього догляду, на догляд за ним) |  |
| **9. Компенсацію як фізичній особі, яка надає соціальні послуги**  |  |
| **10. Компенсаційну виплату особі, яка здійснює догляд за інвалідом І групи або особою, яка досягла 80 років** |  |
| **11. Грошову компенсацію замість санаторно-курортної путівки** |  |
| **12. Компенсацію вартості самостійного санаторно-курортного лікування** |  |
| **13.  Пільгу на придбання твердого палива** |  |
| **14. Пільгу на придбання скрапленого газу** |  |
| **15. Одноразову винагороду жінці, якій присвоєно почесне звання України „Мати-героїня”** |  |
| **16. Одноразову матеріальну допомогу особі, яка постраждала від торгівлі людьми** |  |
| **17. Допомогу на поховання** |  |

**До заяви відповідно до законодавства додано \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ документів на \_\_\_\_\_аркушах.**

**Прошу в разі призначення допомоги кошти готівкою перераховувати**

 **через національного оператора поштового зв’язку №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;**

 **на рахунок у банку №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ МФО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**банк\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;**

 **на особовий рахунок будинку-інтернату, установи (закладу), де інвалід з дитинства або дитина-інвалід перебуває на повному державному утриманні**

**№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ МФО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**банк\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***Підтверджую відсутність змін у складі сім’ї (при повторному зверненні).***

***Я усвідомлюю, що наведені мною відомості про доходи та майно, що вплинули або могли вплинути на прийняте рішення щодо надання соціальної допомоги, компенсацій та пільг, будуть перевірені згідно з чинним законодавством України.***

***Мене повідомлено, що в разі зміни обставин, які можуть вплинути на отримання мною соціальної допомоги, компенсації та пільг, я зобов’язуюсь повідомити органи праці та соціального захисту населення.***

***Про відмову в призначенні або припинення виплати призначеної соціальної допомоги та/або повернення надміру нарахованих коштів у разі подання неповних чи недостовірних відомостей про доходи та майновий стан сім’ї мене попереджено.***

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

 **(підпис) (дата)**

**Додаткова інформація, яка повідомляється одинокою матір’ю** (підкреслити необхідне)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. У шлюбі** | **Перебувала** | **Не перебувала**  | **Перебуваю** |
| **2. З особою, від якої маю дитину** | **Проживаю** | **Не проживаю** |  |
| **3. Пенсію в разі втрати годувальника або соціальну пенсію (заповнюють лише вдови, вдівці)** | **Отримую** | **Не отримую** |  |

**Інформація, яка повідомляється одержувачем державної соціальної допомоги інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам щодо призначення пенсії в разі втрати годувальника:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Управління Пенсійного фонду, у якому перебуває на обліку одержувач допомоги** | **Номер пенсійної справи** |
|  |  |

**Інформація, яка повідомляється одержувачами компенсаційних виплат та допомог по догляду щодо отримання пенсій (допомог) особою, за якою здійснюється догляд:**

|  |  |
| --- | --- |
| **П. І. Б., адреса, орган, у якому перебуває на обліку одержувач пенсії (допомоги)****(особа, за якою здійснюється догляд)** | **Номер пенсійної справи** |
|  |  |

*У випадку, якщо прийняття рішення щодо моєї заяви потребує окремого рішення місцевих органів виконавчої влади/місцевого самоврядування або утвореної ними комісії, прошу розглянути/не розглядати мою заяву відповідними місцевими органами виконавчої влади/місцевого самоврядування або утвореною ними комісією (потрібне підкреслити):*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(підпис заявника/уповноваженого представника сім’ї) (дата)

***Заповнюється відповідальною особою управління праці та соціального захисту населення***

Відомості з паспорта та поданих документів звірені.

Заяву та документи на \_\_\_\_ аркушах прийнято “\_\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_р. та зареєстровано за №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Для розгляду заяви необхідно додати до “\_\_\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_р. такі документи:
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Відповідальна особа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ознайомився\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (прізвище та підпис відповідальної особи) (підпис заявника/ уповноваженого представника/ власника, співвласника (наймача) житла)

✂

***Заповнюється відповідальною особою управління праці та соціального захисту населення***

Відомості з паспорта та поданих документів звірені.

Заяву та документи на \_\_\_\_ аркушах прийнято “\_\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_р. та зареєстровано за №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Для розгляду заяви необхідно додати до “\_\_\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_р. такі документи:
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Відповідальна особа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ознайомився\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (прізвище та підпис відповідальної особи) (підпис заявника/ уповноваженого представника/ власника, співвласника (наймача) житла)