|  |
| --- |
| ЗАТВЕРДЖУЮ:В.о. директора департаменту соціальної політики Житомирської міської ради Л.І.Ліпінська«14» вересня 2018 року |

###

**інформаційнА карткА адміністративної послуги**

 **Видача вкладок до посвідчення «Інваліда війни» та «Члена сім’ї загиблого»** (назва адміністративної послуги)

**Департамент соціальної політики Житомирської міської ради**

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

**Управління соціального захисту населення Корольовського району)**

(найменування суб’єкта надання адміністративної послуги)

|  |
| --- |
| **Інформація про суб’єкта надання адміністративної послуги** |
| **1.** | Місцезнаходження суб’єкта надання адміністративної послуги/Центру надання адміністративних послуг  | *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 соціальної політики Житомирської міської ради 10009, м.Житомир, площа Польова,8  |
| **2.** | Інформація щодо режиму роботи суб’єкта надання адміністративної послуги/Центру надання адміністративних послуг | Управління соціального захисту населення Богунського району департаменту соціальної політики Житомирської міської ради 10003, м.Житомир, вул. Перемоги,55Управління соціального захисту населення Корольовського району департаменту соціальної політики Житомирської міської ради 10009, м.Житомир, площа Польова,8 Понеділок - п’ятниця з 9-00 до 18-00Обідня перерва з 13.00 до 14.00  |
| **3.** | Телефон/факс (довідки), адреса електронної пошти та веб-сайт суб’єкта надання адміністративної послуги/Центру надання адміністративних послуг | Управління соціального захисту населення Богунського району департаменту соціальної політики Житомирської міської радител./факс (0412) 42-50-14, 42-50-07e-mail: boguniya1826@ukr/net, kab109@ukr.net Управління 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  | Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту», «Про внесення змін до Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту».  |
| **5.** | Акти Кабінету Міністрів України  | Постанова Кабінету Міністрів України від 12.05.1994 № 302 «Про порядок видачі посвідчень і нагрудних знаків ветеранів війни». |
| **6.** | Акти центральних органів виконавчої влади | - |
| **7.** | Акти місцевих органів виконавчої влади/ органів місцевого самоврядування | - |
| **Умови отримання адміністративної послуги** |
| **8.** | Підстава для одержання адміністративної послуги | Належність до осіб з інвалідністю внаслідок війни та членів сім'ї загиблого(померлого) ветерана війни |
| **9.** | Вичерпний перелік документів, необхідних для отримання адміністративної послуги, а також вимоги до них | 1. Оригінали документів:для осіб з інвалідністю внаслідок війни - паспорт громадянина України  - посвідчення «Інвалід війни» -довідка МСЕК про групу та причину інвалідності для членів сім’ї загиблого(померлого) ветерана війни - паспорт громадянина України  - посвідчення «Член сім’ї загиблого» - довідка про склад сім’ї (за потреби) |
| **10.** | Порядок та спосіб подання документів, необхідних для отримання адміністративної послуги | Документи подаються громадянином особисто або представником за довіреністю.1. Особисте звернення або за їхнім дорученням звернення рідними чи іншими особами, за що вони розписуються у відповідних документах.2. Перевірка комплексності документів та правильності відомостей, що вказані в заяві та установчих документах.3. Оформлення відповідної вкладки до пільгового посвідчення4. Реєстрація заяви у журналі.5. Реєстрація вкладки до посвідчення у журналі видачі бланків вкладок.5. Видача бланку вкладки до посвідчення з відміткою та особистим підписом заявника про її одержання. |
| **11.** | Платність (безоплатність) надання адміністративної послуги | Безоплатно |
| **12.** | Строк надання адміністративної послуги | В момент звернення, якщо надані усі необхідні документи |
| **13.** | Перелік підстав для відмови у наданніадміністративної прослуги | 1. Виникнення підстав, за якими особа втрачає право на статус  2. Неповний пакет документів. |
| **14.** | Результат надання адміністративної послуги | Видача вкладки до посвідчення «Інваліда війни», «Член сім’ї загиблого» або відмова. |
| **15.** | Способи отримання відповіді (результату) | Особисто, під час прийому. |
| **16.** | Примітка | - |

**Технологічна картка**

**Видача вкладок до посвідчення «Інваліда війни» та «Члена сім’ї загиблого»**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№****п/п** | **Етапи послуги** | **Відповідальна посадова особа і структурний підрозділ** | **Дія****(В, У, П, З)** | **Термін виконання (днів)** |
| 1. | Приймає заяви та перевіряє надані документи, які дають право на видачу вкладки до пільгового посвідчення | Головний спеціаліст відділу з питань обслуговування осіб з інвалідністю, ветеранів війни та праці  | В | У день звернення |
| 2. | Реєструє в журналі обліку видачі вкладок до посвідчень «Інвалід війни», «Член сім’ї загиблого» | Головний спеціаліст відділу з питань обслуговування осіб з інвалідністю, ветеранів війни та праці  | В | У день звернення |
| 3. | Видача вкладок або відмова у видачі вкладок до посвідчень «Інвалід війни», «Член сім’ї загиблого» | Заступник начальника департаменту, начальник управління Головний спеціаліст відділу з питань обслуговування осіб з інвалідністю, ветеранів війни та праці  | З В | У день звернення, якщо послуга не потребує додаткового вивчення документів |
| 4. | У разі зміни даних одержувача посвідчення видається новий вкладиш | Заступник начальника департаменту, начальник управління Головний спеціаліст відділу з питань обслуговування осіб з інвалідністю, ветеранів війни та праці  | З  В | У день звернення |
| Загальна кількість днів надання послуги - | **1** |
| Загальна кількість днів (передбачена законодавством) - | **20** |

Заступнику директора департаменту, начальнику управління соціального захисту населення \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ району департаменту соціальної політики Житомирської міської ради

 від\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (П.І.Б. фізичної особи-заявника)

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

 (адреса місця проживання)

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

 (номер телефону заявника)

**З А Я В А**

 Прошу встановити статус та видати ( вклеїти вкладку, замінити пошкоджене,

 *(необхідне підкреслити)*

 втрачене) посвідчення «Члена сім’ї померлого (загиблого) ветерана війни».

**До заяви додаю:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. **Копії 1,2,11 сторінок паспорта або копія свідоцтва про народження дитини**
 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. **Копія ідентифікаційного номеру**
 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. **Копія висновку МСЕК померлого ветерана війни**
 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. **Копія пільгового посвідчення померлого ветерана війни, яке підтверджує статус особи**
 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. **Копія документа, що підтверджує безпосереднє залучення до антитерористичної операції – за наявності (для учасників АТО)**
 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. **Копія висновку військово-лікарської комісії про встановлення причинного зв’язку смерті із захворюванням, пораненням, контузією, травмою, каліцтвом**
 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. **Фото 3/4.**
 |

Даю згоду на обробку моїх персональних даних для занесення їх до бази персональних даних\*.

„\_\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 року \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ПІБ)

Заступнику директора департаменту, начальнику управління соціального захисту населення \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ району департаменту соціальної політики Житомирської міської ради

 від\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (П.І.Б. фізичної особи-заявника)

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

 (адреса місця проживання)

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

 (номер телефону заявника)

**З А Я В А**

 Прошу встановити статус та видати ( вклеїти вкладку, замінити пошкоджене,

 *(необхідне підкреслити)*

 втрачене) посвідчення «Інвалід війни».

**До заяви додаю:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. **Копії 1,2,11 сторінок паспорта або копія свідоцтва про народження дитини**
 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. **Копія ідентифікаційного номеру**
 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. **Копія висновку МСЕК про встановлення групи інвалідності**
 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. **Оригінал та копія пільгового посвідчення, яке підтверджує статус особи**
 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. **Копія документа, що підтверджує безпосереднє залучення до антитерористичної операції – за наявності (для учасників АТО)**
 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. **Фото 3/4.**
 |

Даю згоду на обробку моїх персональних даних для занесення їх до бази персональних даних\*.

„\_\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 року \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ПІБ)