**ЗАТВЕРДЖУЮ:**

Директор департаменту соціальної політики Житомирської міської ради

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**В.В. Краснопір

 «23 » січня 2020 року

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

**«ПРИЗНАЧЕННЯ ОДНОРАЗОВОЇ МАТЕРІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ З ІНВАЛІДНІСТЮ ТА ДІТЯМ З ІНВАЛІДНІСТЮ»**

**Департамент соціальної політики Житомирської міської ради**

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

**Управління соціального захисту населення Корольовського району)**

|  |
| --- |
| **Інформація про суб’єкт надання адміністративної послуги / центр надання адміністративних послуг / виконавчий орган ради об’єднаної територіальної громади** |
| 1 | Місцезнаходження  | **Прийом документів:**Управління соціального захисту населення Корольовського району департаменту соціальної політики Житомирської міської ради,10009, м. Житомир, площа Польова, буд. 8**Прийом документів:**Управління соціального захисту населення Богунського району департаменту соціальної політики Житомирської міської ради 10003, м.Житомир, вул. Перемоги,55 |
| 2 | Інформація щодо режиму роботи  | Понеділок - 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 Корольовського району департаменту соціальної політики Житомирської міської ради,10009, м. Житомир, площа Польова, буд.8тел./факс (0412) 33-10-44ел. адреса 42103215@mail.gov.uaУправління соціального захисту населення Богунського району департаменту соціальної політики Житомирської міської ради:тел./факс (0412) 42-50-14ел. адреса boguniya1826@ukr.net |
| **Нормативні акти, якими регламентується надання адміністративної послуги** |
| 4 | Закони України | Закон України „Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні” від 21.03.1991 № 875-XII |
| 5 | Акти Кабінету Міністрів України | Постанова Кабінету Міністрів України від 12.04.2017 № 256 „Деякі питання використання коштів державного бюджету для виконання заходів із соціального захисту дітей, сімей, жінок та інших найбільш вразливих категорій населення” |
| 6 | Акти центральних органів виконавчої влади | Наказ Міністерства соціальної політики України від 31.08.2017 №1381 “Про затвердження форм документів для надання одноразової матеріальної допомоги непрацюючим малозабезпеченим особам, особам з інвалідністю та дітям з інвалідністю” |
| **Умови отримання адміністративної послуги** |
| 7 | Підстава для отримання  | Допомога надається у разі тривалої хвороби, смерті близьких родичів (одного з подружжя, батьків, дітей), стихійного лиха та інших особливих обставин особам з інвалідністю, дітям з інвалідністю та непрацюючим малозабезпеченим особам, які отримують пенсію та / або державну соціальну допомогувідповідно до Законів України „Про державну соціальну допомогу особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю” і „Про державну соціальну допомогу особам, які не мають права на пенсію, та особам з інвалідністю”, якщо розмір таких виплат у місяці, що передує місяцю звернення, не перевищує двох прожиткових мінімумів для осіб, які втратили працездатність |
| 8 | Перелік необхідних документів | Заява до регіонального або районного органу соціального захисту населення;паспорт та / або свідоцтво про народження дитини з інвалідністю (у разі потреби — копії паспорта законного представника та документа, що підтверджує його повноваження);реєстраційний номер облікової картки платника податків (крім фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків, офіційно повідомили про це відповідному контролюючому органові і мають про це відмітку в паспорті);висновок медико-соціальної експертної комісії, лікувально-консультативної комісії лікувально-профілактичного закладу (для дітей з інвалідністю) про встановлення інвалідності |
| 9 | Спосіб подання документів  | Заява та документи подаються заявником особисто або уповноваженою ним особою |
| 10 | Платність (безоплатність) надання  | Адміністративна послуга надається безоплатно |
| 11 | Строк надання  | Строк розгляду заяви особи з інвалідністю або її законного представника щодо видачі довідки або повідомлення особи з інвалідністю про відмову в її наданні становить п’ять робочих днів з дня отримання такої заяви структурними підрозділами соціального захисту населення районних, районних у містах Києві та Севастополі державних адміністрацій, виконавчими органами міських рад |
| 12 | Перелік підстав для відмови у наданні  | Подання недостовірних даних;виникнення у особи права на пенсію чи соціальну допомогу відповідно до Законів України „Про державну соціальну допомогу особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю”, „Про державну соціальну допомогу особам, які не мають права на пенсію, та особам з інвалідністю” та призначення таких пенсії або соціальної допомоги |
| 13 | Результат надання адміністративної послуги | Надання одноразової матеріальної допомоги / відмова у наданні одноразової матеріальної допомоги |
| 14 | Способи отримання відповіді (результату) | Повідомлення про результат надсилається суб’єкту звернення у спосіб, зазначений в описі вхідного пакета документів (телефоном, на електронну адресу чи іншими засобами телекомунікаційного зв’язку). Отримання результату – заявником особисто або уповноваженою ним особою |

Загальна кількість днів надання адміністративної послуги 1 день.

Загальна кількість днів (передбачена законодавством) 31 день.

**Технологічна картка адміністративної послуги**

**„ПРИЗНАЧЕННЯ ОДНОРАЗОВОЇ МАТЕРІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ З ІНВАЛІДНІСТЮ ТА ДІТЯМ З ІНВАЛІДНІСТЮ”**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№****п/п** | **Етапи послуги** | **Відповідальна посадова особа і структурний підрозділ** | **Дія****(В, У, П, З)** | **Термін виконання (днів)** |
| 1. | Прийом заяви та перевірка повноти пакету документів | спеціаліст відділу з питань обслуговування осіб з інвалідністю, ветеранів війни та праці  | **В** | 1 |
| 2. | Реєстрація заяви та внесення відповідної резолюції,  | спеціаліст відділу з питань обслуговування осіб з інвалідністю, ветеранів війни та працізаступник директора департаменту, начальник  | **В****П** | 1-3 |
| 3. | Розгляд заяви та пакету документів на комісію | спеціаліст відділу з питань обслуговування осіб з інвалідністю, ветеранів війни та праці  | **В** | 1-5 |
| 4. | Оформлення протоколу про розгляд комісією заяв | спеціаліст відділу з питань обслуговування осіб з інвалідністю, ветеранів війни та праці  | **В** | 1 |
| 5. |  Внесення даних до центрального банку даних з проблем інвалідністю | спеціаліст відділу з питань обслуговування осіб з інвалідністю, ветеранів війни та праці  | **В** | 1 |
| 6. | Подача реєстру виплати до Житомирського обласного центру по нарахуванню соціальних виплатЖитомирської ОДА | спеціаліст відділу з питань обслуговування осіб з інвалідністю, ветеранів війни та праці  | **В** | 1 |
| Загальна кількість днів надання послуги - | 1-5 |
| Загальна кількість днів (передбачена законодавством) - | 1-30 |

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства соціальної

політики України

31 серпня 2017 року № 1381

Управління соціального захисту населення

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ району

департаменту соціальної політики

 Житомирської міської ради

від непрацюючої малозабезпеченої особи,

особи з інвалідністю, законного представника

 особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю

(необхідно зазначити) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(вказати повністю прізвище, ім’я, по батькові)

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

(для осіб з інвалідністю вказати причину та групу інвалідності)

місце проживання (зареєстрований

 (зареєстрована) за адресою) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (вказати район, населений пункт, вулицю, номер будинку, номер квартири)

паспорт: серія \_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ р.,

реєстраційний номер облікової картки платника податків або

 серія та номер паспорта (для фізичних осіб, які через свої релігійні

 переконання відмовились від прийняття реєстраційного номера

 облікової картки платника податків, офіційно повідомили про це

відповідний контролюючий орган і мають про це відмітку в паспорті)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

 контактний телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВА**

**про надання одноразової матеріальної допомоги**

Прошу надати мені, на підопічного, на дитину з інвалідністю (необхідне підкреслити або зазначити) *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

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

(якщо звертається законний представник, то вказати повністю П.І.Б., причину та групу інвалідності, дані паспорта (свідоцтва про народження), місце проживання (реєстрації) підопічного, дитини з інвалідністю)

одноразову матеріальну допомогу у зв’язку з \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

 (вказати, з якої причини заявник звертається за допомогою та на що її буде використано)

Прошу в разі призначення допомоги кошти перерахувати шляхом поштового переказу № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ або на особовий банківський рахунок непрацюючої малозабезпеченої особи, особи з інвалідністю, законного представника дитини з інвалідністю № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

МФО \_\_\_\_\_\_\_\_\_, код \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, банк \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Даю згоду на використання моїх персональних даних, що будуть внесені до централізованого банку даних з проблем інвалідності з метою визначення права на призначення мені одноразової матеріальної допомоги, а також для ведення реєстру виплат (перерахування) одноразової матеріальної допомоги та підготовки звіту про використання бюджетних коштів.

До заяви додаю:

1) для непрацюючих малозабезпечених осіб:

ксерокопію паспорта;

ксерокопію пенсійного посвідчення або посвідчення отримувача державної соціальної допомоги;

ксерокопію довідки про присвоєння реєстраційного номера облікової картки платника податків (крім фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовились від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків, офіційно повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають про це відмітку в паспорті);

2) для осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю, одного з батьків, опікуна, піклувальника, законного представника:

ксерокопію паспорта та / або свідоцтва про народження дитини з інвалідністю (у разі потреби – ксерокопію паспорта законного представника та документа, що підтверджує його повноваження);

ксерокопію довідки про присвоєння реєстраційного номера облікової картки платника податків (крім фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовились від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків, офіційно повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають про це відмітку в паспорті);

ксерокопію висновку медико-соціальної експертної комісії, лікувально-консультативної комісії лікувально-профілактичного закладу (для дітей з інвалідністю) про встановлення інвалідності.

\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ року \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(підпис заявника або законного представника)

Заяву про надання одноразової матеріальної допомоги та документи до неї отримано від \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (прізвище, ім’я та по батькові заявника)

 \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ року.

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

(посада уповноваженої особи) (підпис) (прізвище, ім’я та по батькові)