|  |
| --- |
| ЗАТВЕРДЖУЮ:Директор департаменту соціальної політики Житомирської міської ради В.В. Краснопір «23» січня 2020 року |

### ІНФОРМАЦІЙНА КАРТКА

### адміністративної послуги

### «ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗАРАХУВАННЯ ОСОБИ З ІНВАЛІДНІСТЮ АБО ДИТИНИ З ІНВАЛІДНІСТЮ НА РЕАБІЛІТАЦІЮ НАДАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПОСЛУГ»

**Департамент соціальної політики**

**Житомирської міської ради**

 (найменування суб’єкта надання адміністративної послуги)

|  |
| --- |
| **Інформація про суб’єкта надання адміністративної послуги/Центр надання адміністративних послуг** |
| **1.** | Місцезнаходження суб’єкта надання адміністративної послуги/Центру надання адміністративних послуг  | *Адреса суб’єкта надання адміністративної послуги:***Прийом документів:**Департамент соціальної політики Житомирської міської ради, 10014, м. Житомир, м-н ім. С.П. Корольова, 7 |
| **2.** | Інформація щодо режиму роботи суб’єкта надання адміністративної послуги/Центру надання адміністративних послуг | Департамент соціальної політики Житомирської міської радиз понеділка по п’ятницю: з 9-00 до 18-00 |
| **3.** | Телефон/факс (довідки), адреса електронної пошти та веб-сайт суб’єкта надання адміністративної послуги/Центру надання адміністративних послуг | Центр надання адміністративних послугтел./факс (0412) 47-06-15, 47-46-69, 47-46-68edo412@ukr.net, administrator-cnap@ukr.net**;** zt-rada.gov.ua  |
| **Нормативні акти, якими регламентується надання адміністративної послуги** |
| **4.** | Закони України  | Закону України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» |
| **5.** | Акти Кабінету Міністрів України  | Постанова Кабінету Міністрів України від 31 січня 2007 року № 80«Про затвердження Порядку надання інвалідам, дітям-інвалідам і дітям віком до двох років, які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності, реабілітаційних послуг» в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 26 липня 2018 р. №587 |
| **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 | Рішення про надання реабілітаційних послуг. |
| **9.** | Вичерпний перелік документів, необхідних для отримання адміністративної послуги, а також вимоги до них | * заяву про надання послуг із комплексної реабілітації;
* індивідуальну програму реабілітації, виданою лікарсько-консультативною комісією (для дітей з інвалідністю);
* довідку лікарсько-консультативної комісії (для дітей віком до трьох років, які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності) з рекомендаціями щодо реабілітації в установі;
* паспорт громадянина України, свідоцтво про народження (для дітей з інвалідністю, дітей віком до трьох років, які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності) або інший документ, що посвідчує особу;
* документ, що підтверджує реєстрацію у Державному реєстрі фізичних осіб - платників податків (паспорт - для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку у паспорті);
* виписку з медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого (форма №027/0);
* довідку про взяття на облік внутрішньо переміщених осіб (для отримувачів, які є внутрішньо переміщеними особами).
 |
| **10.** | Порядок та спосіб подання документів, необхідних для отримання адміністративної послуги | Через департамент соціальної політики Житомирської міської ради |
| **11.** | Платність (безоплатність) надання адміністративної послуги | безкоштовно |
|  | *У разі платності*: |
| **11.1** | Нормативно-правові акти, на підставі яких стягується плата |  |
| **11.2.** | Розмір та порядок внесення плати (адміністративного збору) за платну адміністративну послугу |  |
| **11.3.** | Розрахунковий рахунок для внесення плати |  |
| **12.** | Строк надання адміністративної послуги | 10 днів |
| **13.** | Перелік підстав для відмови у наданні адміністративної послуги | - гострі інфекційні захворювання;- епілепсія з частими судомними нападами;- тяжкі органічні психічні розлади, шизофренія, психопатоподібні порушення поведінки, імбецильність, ідіотія;- гострі захворювання центральної нервової системи. |
| **14.** | Результат надання адміністративної послуги | Надання реабілітаційної послуги в реабілітаційній установі |
| **15.** | Способи отримання відповіді (результату) | Департамент соціальної політики інформує отримувача про прийняте рішення щодо направлення на реабілітації. |
| **16.** | Примітка |  |

\*також до інформаційної картки додається форма заяви.

\*також до інформаційної картки додається форма заяви.

**ТЕХНОЛОГІЧНА КАРТКА № 69**

### прийняття рішення про зарахування особи з інвалідністю або дитини з інвалідністю на реабілітацію

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№****П№ з/п** | **Етапи послуги** | **Відповідальна посадова особа і структурний підрозділ** | **Дія** **(В, У, П, З)** | **Термін виконання (днів)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1. | Прийняття письмової заяви та пакту документів до відділу соціального обслуговування департаменту праці та соціального захисту населення Житомирської міської ради | Спеціаліст відділу соціального обслуговування департаменту соціальної політики Житомирської міської ради | В | Протягом 1 дня |
|  | Прийняття рішення керівника департаменту соціальної політики Житомирської міської ради щодо направлення на реабілітацію | Керівник департаменту соціальної політики Житомирської міської ради | З | Протягом5 днів |
| 2. | Департамент соціальної політики Житомирської міської ради інформує отримувача про прийняте рішення щодо направлення на реабілітацію;надсилає установі повідомлення про направлення отримувача на реабілітацію разом з копіями документів | Спеціаліст відділу соціального обслуговування департаменту соціальної політики Житомирської міської ради | В | Протягом 5 днів |
| 3. | Центр комплексної реабілітації для дітей з інвалідністю реєструє документи у відповідному журналі і надсилає департаменту соціальної політики Житомирської міської ради та отримувачу або його законному представнику рішення про зарахування на реабілітацію (із зазначенням початку курсу реабілітації). | Спеціалісти Центру комплексної реабілітації для дітей з інвалідністю Житомирської міської ради | В | Протягом5 днів |
| 4. | Після зарахування отримувача на реабілітацію на підставі його індивідуальної програми реабілітації або довідки лікувально-консультативної комісії лікувально-профілактичного закладу (для дітей віком до трьох років, які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності) в Центрі комплексної реабілітації для дітей з інвалідністю Житомирської міської ради складається індивідуальний план реабілітації. | Спеціалісти Центру комплексної реабілітації для дітей з інвалідністю Житомирської міської ради | В | Протягом10 днів |
| **Загальна кількість днів надання послуги -** | **10** |
| **Загальна кількість днів (передбачена законодавством) -** | **10** |

*Умовні позначки: В - виконує; У - бере участь; П - погоджує; 3 - затверджує.*

 Директору департаменту

 соціальної політики

 Житомирської міської ради

 Краснопір В.В.

**ЗАЯВА
про надання реабілітаційних послуг**

|  |
| --- |
| Прошу направити \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                             (прізвище, ім'я, по батькові, місце проживання)до реабілітаційної установи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                                              (найменування реабілітаційної установи)для отримання реабілітаційних послуг згідно з індивідуальною програмою реабілітації.До заяви додаю: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                              (зазначити перелік документів, що додаються до заяви) |
| \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(підпис заявника або його законногопредставника) |
|  |  |
|  |  |
| Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, даю згоду на використання та обробку персональних даних за умови дотримання їх захисту відповідно до вимог [Закону України "Про захист персональних даних"](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T102297.html). |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                (підпис) | \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ року(дата) |
| - - - - - -- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -                                                                                                 (відривний корінець)Заяву та документи на \_\_\_\_ аркушах прийнято \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ рокуМ. П. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                            (прізвище та підпис відповідальної особи) |