**ЗАТВЕРДЖУЮ:**

Директор департаменту соціальної політики Житомирської міської ради

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

«23» січня 2020 року

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

**„ВИДАЧА НАПРАВЛЕННЯ (ПУТІВКИ) ОСОБАМ З ІНВАЛІДНІСТЮ ТА / АБО ДІТЯМ З ІНВАЛІДНІСТЮ ДО РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ УСТАНОВ СФЕРИ УПРАВЛІННЯ МІНСОЦПОЛІТИКИ ТА / АБО СТРУКТУРНИХ ПІДРОЗДІЛІВ З ПИТАНЬ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ НАСЕЛЕННЯ ОБЛАСНИХ, КИЇВСЬКОЇ ТА СЕВАСТОПОЛЬСЬКОЇ МІСЬКИХ, РАЙОННИХ, РАЙОННИХ У ММ. КИЄВІ ТА СЕВАСТОПОЛІ ДЕРЖАДМІНІСТРАЦІЙ, ВИКОНАВЧИХ ОРГАНІВ МІСЬКИХ, РАЙОННИХ У МІСТАХ (У РАЗІ ЇХ УТВОРЕННЯ) РАД”**

**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 18.00  Обідня 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.8  тел./факс (0412) 33-10-44  ел. адреса [42103215@mail.gov.ua](mailto:42103215@mail.gov.ua)  Управління соціального захисту населення Богунського району департаменту соціальної політики Житомирської міської ради:  тел./факс (0412) 42-50-14  boguniya1826@ukr.net |
| **Нормативні акти, якими регламентується надання адміністративної послуги** | | |
| 4 | Закони України | Закон України „Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні” від 06.10.2005 № 2961-IV |
| 5 | Акти Кабінету Міністрів України | Постанова Кабінету Міністрів України від 08.12.2006 № 1686 „Про затвердження Державної типової програми реабілітації інвалідів”; постанова Кабінету Міністрів України від 23.05.2007 № 757 „Про затвердження Положення про індивідуальну програму реабілітації інваліда”; постанова Кабінету Міністрів України від 31.01.2007 № 80 „Про затвердження Порядку надання окремим категоріям осіб послуг із комплексної реабілітації (абілітації)” |
| 6 | Акти центральних органів виконавчої влади | Наказ Мінсоцполітики від 27.09.2018  № 1423 „Про затвердження форм документів щодо направлення окремих категорій осіб на комплексну реабілітацію (абілітацію)”, зареєстрований у Міністерстві юстиції України 16.10.2018 за № 1160/32612 |
| **Умови отримання адміністративної послуги** | | |
| 7 | Підстава для отримання | Індивідуальна програма реабілітації особи з інвалідністю, розроблена на підставі Державної типової програми реабілітації |
| 8 | Перелік необхідних документів | Заява про надання послуг із комплексної реабілітації (абілітації);  індивідуальна програма реабілітації, видана медико-соціальною експертною комісією, лікарсько-консультативною комісією лікувально-профілактичного закладу (для дітей з інвалідністю);  висновок лікарсько-консультативної комісії лікувально-профілактичного закладу (для дітей віком до трьох років, які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності) з рекомендаціями щодо проходження комплексної реабілітації (абілітації) 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 засвідчує реєстрацію фізичних осіб у Державному реєстрі фізичних осіб - платників податків;  документ про освіту (для отримувачів, які потребують професійної реабілітації);  виписка з медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого (форма № 027/о);  довідка про взяття на облік внутрішньо переміщених осіб (для отримувачів, які є внутрішньо переміщеними особами) |
| 9 | Спосіб подання документів | Для одержання послуги отримувачі або їх законні представники звертаються до уповноважених органів за місцем проживання |
| 10 | Платність (безоплатність) надання | Адміністративна послуга надається безоплатно |
| 11 | Строк надання | 10 робочих днів |
| 12 | Перелік підстав для відмови у наданні | Подання документів до заяви не в повному обсязі |
| 13 | Результат надання адміністративної послуги | Рішення / відмова у прийнятті рішення:  про направлення на комплексну реабілітацію (абілітацію); про надання послуг із комплексної реабілітації (абілітації) |
| 14 | Способи отримання відповіді (результату) | Рішення про направлення на комплексну реабілітацію (абілітацію) надсилається уповноваженою особою місцевого органу отримувачу або його законному представнику.  Рішення про надання послуг із комплексної реабілітації (абілітації) надсилається уповноваженою особою реабілітаційної установи отримувачу або його законному представнику |

**Технологічна картка адміністративної послуги**

**„ВИДАЧА НАПРАВЛЕННЯ (ПУТІВКИ) ОСОБАМ З ІНВАЛІДНІСТЮ ТА / АБО ДІТЯМ З ІНВАЛІДНІСТЮ ДО РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ УСТАНОВ СФЕРИ УПРАВЛІННЯ МІНСОЦПОЛІТИКИ ТА / АБО СТРУКТУРНИХ ПІДРОЗДІЛІВ З ПИТАНЬ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ НАСЕЛЕННЯ ОБЛАСНИХ, КИЇВСЬКОЇ ТА СЕВАСТОПОЛЬСЬКОЇ МІСЬКИХ, РАЙОННИХ, РАЙОННИХ У ММ. КИЄВІ ТА СЕВАСТОПОЛІ ДЕРЖАДМІНІСТРАЦІЙ,**

**ВИКОНАВЧИХ ОРГАНІВ МІСЬКИХ, РАЙОННИХ У МІСТАХ (У РАЗІ ЇХ УТВОРЕННЯ) РАД”**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| п\п | **Етапи послуги** | **Відповідальна посадова особа і структурний підрозділ** | **Дія**  **(В, У, П, З)** | **Термін виконання (днів)** |
|  | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1 | Прийняття письмової заяви та пакту документів | Спеціаліст відділу з питань обслуговування осіб з інвалідністю, ветеранів війни та праці | В | Протягом  1 дня |
| 2 | Прийняття рішення керівника щодо направлення на реабілітацію | Заступник директора департаменту, начальник управління | З | Протягом 3 днів |
|  | Інформування отримувача про прийняте рішення щодо направлення на реабілітацію;  надсилає установі повідомлення про направлення отримувача на реабілітацію разом з копіями документів | Спеціаліст відділу з питань обслуговування осіб з інвалідністю, ветеранів війни та праці | В | Протягом 1 дня |
|  | Центр комплексної реабілітації для осіб 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 осіб з інвалідністю Житомирської міської ради | В | Протягом 3 днів |
|  | Після зарахування отримувача на реабілітацію на підставі його індивідуальної програми реабілітації або довідки лікувально-консультативної комісії лікувально-профілактичного закладу (для дітей віком до двох років, які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності) в Центрі комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю Житомирської міської ради складається індивідуальний план реабілітації. | Спеціалісти Центру комплексної реабілітації осіб з інвалідністю Житомирської міської ради | В | Протягом 1 дня |
| **Загальна кількість днів надання послуги -** | | | | **10** |
| **Загальна кількість днів (передбачена законодавством) -** | | | | **10** |

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

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ Міністерства соціальної  
політики України   
27 вересня 2018 року № 1423

|  |
| --- |
| Заступнику директора департаменту, начальнику управління соціального захисту населення \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ району  від \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  місце проживання \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  тел..\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |

ЗАЯВА  
про надання послуг із комплексної реабілітації (абілітації)\*

Прошу направити \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(прізвище, ім’я, по батькові, місце проживання (перебування) особи (дитини) з інвалідністю,   
дитини віком до трьох років (включно), яка належить до групи ризику щодо отримання інвалідності)

до реабілітаційної установи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(найменування реабілітаційної установи)

для отримання послуг із комплексної реабілітації (абілітації).

До заяви додаю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(зазначити документи, що додаються до заяви)

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

(підпис заявника або його законного представника)

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , даю згоду

(прізвище, ім’я, по батькові)

на використання та обробку персональних даних за умови забезпечення їх захисту відповідно до вимог Закону України «Про захист персональних даних».

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (підпис) |  | \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ року  (дата) |

\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Заповнює особа з інвалідністю або законний представник особи (дитини) з інвалідністю, дитини віком до трьох років (включно), яка належить до групи ризику щодо отримання інвалідності.

(відривний корінець)

Заяву та документи на \_\_\_\_\_ аркушах прийнято \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ року.

М. П. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(прізвище та підпис відповідальної особи)