### 

**іНФОРМАЦІЙНА КАРТКА АДМІНІСТРАТИВНОЇ ПОСЛУГИ**

**«Призначення одноразової компенсації 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»**

(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, буд. 55  Управління соціального захисту населення Корольовського району департаменту соціальної політики Житомирської міської ради  10009, м.Житомир, площа Польова,8  Понеділок - п’ятниця, з 9-00до 18-00  Обідня 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 ради,  10003, м. Житомир, вул. Перемоги, буд. 55  тел./факс (0412) 42-50-14, 42-50-27  boguniya1826@ukr.net  Управління соціального захисту населення Корольовського району департаменту соціальної політики Житомирської міської ради  10009, м.Житомир, площа Польова,8  тел./факс (0412) 33-10-44, 33-00-11  upsznkorzt@ukr.net |
|  | **Нормативні акти, якими регламентується надання адміністративної послуги** | |
| 4. | Закони України | Закон України „Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи” від 28.02.1991  № 796-XII |
| 5. | Акти Кабінету Міністрів України | Постанова Кабінету Міністрів України від 20.09.2005 № 936 „Про затвердження Порядку використання коштів державного бюджету для виконання програм, пов’язаних із соціальним захистом громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи”; постанова Кабінету Міністрів України від 26.10.2016 № 760 „Про затвердження Порядку виплати одноразової компенсації за шкоду, заподіяну внаслідок Чорнобильської катастрофи, інших ядерних аварій, ядерних випробувань, військових навчань із застосуванням ядерної зброї, та щорічної допомоги на оздоровлення деяким категоріям громадян”; постанова Кабінету Міністрів України від 14.05.2015 № 285 „Про компенсаційні виплати особам, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, та визнання такими, що втратили чинність, деяких постанов Кабінету Міністрів України” |
| 6. | Акти центральних органів виконавчої влади | Наказ Мінпраці від 19.09.2006 № 345 „Про затвердження Інструкції щодо порядку оформлення і ведення особових справ отримувачів усіх видів соціальної допомоги” (зі змінами), зареєстрований у Міністерстві юстиції України 06.10.2006 за № 1098/12972 |
| 7. | Акти місцевих органів виконавчої влади/ органів місцевого самоврядування | - |
|  | **Умови отримання адміністративної послуги** | |
| 8. | Підстава для отримання | Втрата годувальника із числа осіб, віднесених до учасників ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС, смерть яких пов’язана з Чорнобильською катастрофою, та учасників ліквідації наслідків інших ядерних аварій, осіб, які брали участь у ядерних випробуваннях, військових навчаннях із застосуванням ядерної зброї, складанні ядерних зарядів і виконанні на них регламентних робіт, смерть яких пов’язана з участю у ліквідації наслідків інших ядерних аварій, ядерних випробуваннях, військових навчаннях із застосуванням ядерної зброї, складанні ядерних зарядів і виконанні на них регламентних робіт |
| 9. | Перелік документів, необхідних для отримання адміністративної послуги | *Для призначення та виплати одноразової компенсації сім’ям, які втратили годувальника із числа осіб, віднесених до учасників ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС, смерть яких пов’язана з Чорнобильською катастрофою, та учасників ліквідації наслідків інших ядерних аварій, осіб, які брали участь у ядерних випробуваннях, військових навчаннях із застосуванням ядерної зброї, складанні ядерних зарядів і виконанні на них регламентних робіт, смерть яких пов’язана з участю у ліквідації наслідків інших ядерних аварій, ядерних випробуваннях, військових навчаннях із застосуванням ядерної зброї, складанні ядерних зарядів і виконанні на них регламентних робіт:*  заява;  копія паспорта;  копія свідоцтва про смерть;  копія документа, що підтверджує статус громадян із числа осіб, віднесених до учасників ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС, учасників ліквідації ядерних аварій;  копія свідоцтва про шлюб;  копія експертного висновку міжвідомчої експертної комісії з установлення причинного зв’язку хвороби, інвалідності та смерті з дією іонізуючого випромінення та інших шкідливих чинників внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС, іншої ядерної аварії, участі в ядерному випробуванні, військовому навчанні із застосуванням ядерної зброї, складанні ядерних зарядів та здійсненні на них регламентних робіт або військово-лікарської комісії, що діє в системі МВС, СБУ чи Міноборони;  копія пенсійного посвідчення або посвідчення особи, яка одержує державну соціальну допомогу відповідно до [Закону України „Про державну соціальну допомогу особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалід](http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2109-14)ністю”;  копія довідки про присвоєння реєстраційного номера облікової картки платника податків або серія та номер паспорта з відміткою про відмову від прийняття такого номера.  *Для призначення та виплата одноразової компенсації батькам померлого учасника ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС, смерть якого пов’язана з Чорнобильською катастрофою:*  заява;  копія паспорта;  копія свідоцтва про смерть;  копія документа, що підтверджує статус громадян із числа осіб, віднесених до учасників ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС;  копія експертного висновку міжвідомчої експертної комісії з установлення причинного зв’язку хвороби, інвалідності та смерті з дією іонізуючого випромінення та інших шкідливих чинників внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС або військово-лікарської комісії, що діє в системі МВС чи Міноборони;  копія свідоцтва про народження особи – учасника ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС (сина або дочки); у разі зміни прізвища, імені та по батькові копії документів, що підтверджують їх зміну; копія рішення суду, що набрало законної сили, про встановлення факту родинних відносин (у разі потреби);  копія довідки про присвоєння реєстраційного номера облікової картки платника податків або серія та номер паспорта з відміткою про відмову від прийняття такого номера |
| 10. | Порядок та спосіб подання документів, необхідних для отримання адміністративної  послуги | Заява та документи подаються заявником особисто або законним представником особи у паперовій формі |
| 11. | Платність (безоплатність) надання адміністративної послуги | Адміністративна послуга надається безоплатно |
| 12. | Строк надання адміністративної послуги | Не пізніше 10 днів після надходження заяви зі всіма необхідними документами.  Допомога оформляється рішенням про призначення (відмову в призначенні) соціальної допомоги, яке зберігається в особовій справі отримувача соціальної допомоги та надається на термін призначення допомоги  Подання встановленого переліку документів не в повному обсязі;  зміна місця реєстрації заявника  Призначення та виплата одноразової компенсації / відмова в призначенні одноразової компенсації  Повідомлення про призначення компенсації та допомоги (відмова у призначенні) видається (надсилається поштою) одержувачу, про що робиться відповідний запис у журналі видачі довідок та повідомлень.  Виплату компенсацій та допомоги можна отримати через банківські установи або поштові відділення зв’язкуПротягом 10 робочих днів |
| 13. | Перелік підстав для відмови у наданні адміністративної послуги | - подання встановленого переліку документів не в повному обсязі ; |
| 14. | Результат надання адміністративної послуги | Одержання грошової компенсації. |
| 15. | Способи отримання відповіді (результату) | Особисто |
| 16. | Примітки |  |

ТЕХНОЛОГІЧНА КАРТКААДМІНІСТРАТИВНОЇ ПОСЛУГИ

«Призначення одноразової компенсації 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»

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** **п/п** | Етапи послуги | Відповідальнапосадова  особа і структурнийпідрозділ | Дія  (В,У,П,3) | Термінвиконання(днів) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. | Прийом заяви та пакету документів | Головний спеціаліст відділу з питань соціального захисту населення, яке постраждало внаслідок Чорнобильської катастрофи | В | В день подання заяви |
| 2 | Реєстрація заяви в Журналі вхідної кореспонденції  Накладення резолюції | Головний спеціаліст відділу з питань соціального захисту населення, яке постраждало внаслідок Чорнобильської катастрофи | В | В день подання заяви |
| 3 | Накладення резолюції | Начальник управління | П | В день подання заяви |
| 3 | Призначення компенсації, допомоги | Головний спеціаліст відділу з питань соціального захисту населення, яке постраждало внаслідок Чорнобильської катастрофи | В | 5 днів |
| 4 | Відправка до Виплатного центру | Головний спеціаліст відділу з питань соціального захисту населення, яке постраждало внаслідок Чорнобильської катастрофи | В | 3 дні |
| Загальна кількість днів надання послуги | | | | До 10 днів |
| Загальна кількість днів (передбачена законодавством) | | | | До 10 днів |

Умовні позначки:

В-виконує, У- бере участь, П - погоджує, 3 – затверджує

|  |  |
| --- | --- |
|  | ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ Міністерства соціальної політики України  21 квітня 2015 року № 441 |

# Заповнюється: заявником/ уповноваженим представником

# До управління соціального захисту населення \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ району департаменту соціальної політики Житомирської міської ради

# 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** |  |
| 18. Тимчасову державну соціальну допомогу непрацюючій особі, яка досягла загального пенсійного віку, але не набула права на пенсійну виплату |  |

**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)

**{Форма заяви із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства соціальної політики № 322 від 03.03.2018}**

**Директор Департаменту державної соціальної допомоги В. Музиченко**