**ІНФОРМАЦІЙНА КАРТКА**

**адміністративної послуги**

**„НАДАННЯ державної допомоги НА ДІТЕЙ, ЯКІ ВИХОВУЮТЬСЯ У БАГАТОДІТНИХ СІМ’ЯХ”**

**Департамент соціальної політики Житомирської міської ради**

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

**Управління соціального захисту населення Корольовського району)**

(найменування суб’єкта надання адміністративної послуги / центру надання адміністративних послуг / виконавчого органу ради об’єднаної територіальної громади)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Інформація про суб’єкт надання адміністративної послуги / центр надання адміністративних послуг / виконавчий орган ради об’єднаної територіальної громади** | | |
| 1 | Місцезнаходження | *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 с соціальної політики Житомирської міської ради  10009, м.Житомир, площа Польова,8 |
| 2 | Інформація щодо режиму роботи | Управління соціального захисту населення Богунського району департаменту соціальної політики Житомирської міської ради  10003, м.Житомир, вул. Перемоги,55  Управління соціального захисту населення Корольовського району департаменту с соціальної політики Житомирської міської ради  10009, м.Житомир, площа Польова,8  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 Богунського району департаменту соціальної політики Житомирської міської ради:  тел./факс (0412) 42-50-14  [boguniya1826@ukr.net](mailto:boguniya1826@ukr.net)  Управління соціального захисту населення Корольовського району департаменту соціальної політики Житомирської міської ради  тел./факс (0412) 33-10-44  upsznkorzt@ukr.net |
| **Нормативні акти, якими регламентується надання адміністративної послуги** | | |
| 4 | Закони України | Закон України „Про охорону дитинства” від 26.04.2001 № 2402-ІІI |
| 5 | Акти Кабінету Міністрів України | Постанова Кабінет Міністрів України від 13.03.2019 № 250 „Деякі питання надання соціальної підтримки багатодітним сім’ям”; постанова Кабінету Міністрів України від 04.03.2002  № 256 „Про затвердження Порядку фінансування видатків місцевих бюджетів на здійснення заходів з виконання державних програм соціального захисту населення за рахунок субвенцій державного бюджету” |
| 6 | Акти центральних органів виконавчої влади | Наказ Міністерства соціальної політики України від 21.04.2015 № 441 „Про затвердження форми Заяви про призначення усіх видів соціальної допомоги, компенсацій та пільг”, зареєстрований у Міністерстві юстиції України 28.04.2015 за № 475/26920 |
| **Умови отримання адміністративної послуги** | | |
| 7 | Підстава для отримання | Факт набуття сім’єю статусу багатодітної сім’ї |
| 8 | Перелік необхідних документів | Заява про призначення усіх видів соціальної допомоги, компенсацій та пільг, затверджена наказом Міністерства соціальної політики України від 21.04.2015 № 441 (при  пред’явленні паспорта громадянина України (паспортного документа іноземця) або іншого документа,  що посвідчує особу та підтверджує її спеціальний статус);  копії посвідчення батьків багатодітної сім’ї (з пред’явленням оригіналу) та посвідчення дитини з багатодітної сім’ї (з пред’явленням оригіналу);  копії свідоцтв про народження всіх дітей (з пред’явленням оригіналів) |
| 9 | Спосіб подання документів | Заява та документи, необхідні для призначення допомоги, подаються особою, яка претендує на призначення допомоги особисто |
| 10 | Платність (безоплатність) надання | Адміністративна послуга надається безоплатно |
| 11 | Строк надання | 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 |
| 12 | Перелік підстав для відмови у наданні | Подання документів до заяви не в повному обсязі;  виявлення в поданих документах недостовірної інформації;  заява подана особою, яка не має права на призначення державної допомоги на дітей, які виховуються у багатодітних сім’ях |
| 13 | Результат надання адміністративної послуги | Призначення / відмова в призначенні допомоги на дітей, які виховуються у багатодітних сім’ях |
| 14 | Способи отримання відповіді (результату) | Допомогу можна отримати через виплатні об’єкти національного оператора поштового зв’язку або через уповноважені банки, визначені в установленому порядку.  Повідомлення про призначення допомоги (відмову у призначенні) видається (надсилається поштою) одержувачу, про що робиться відповідний запис у журналі видачі довідок та повідомлень |

**Технологічна картка**

**НАДАННЯ державної допомоги НА ДІТЕЙ, ЯКІ ВИХОВУЮТЬСЯ У БАГАТОДІТНИХ СІМ’ЯХ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№**  **п/п** | **Етапи послуги** | **Відповідальна посадова особа і структурний підрозділ** | **Дія (В, У, П, З)** | **Термін виконання (днів)** |
| 1. | Прийом і перевірка повноти пакету документів, консультація щодо надання інших документів протягом терміну доносу, зазначеному у відповідному законодавстві, реєстрація заяви, повідомлення заявника про орієнтовний термін отримання допомоги | Спеціаліст сектору прийому громадян відділу соціальних допомог | в | Протягом 1 дня |
| 2. | Формування особової справи заявника | Спеціаліст сектору прийому громадян відділу соціальних допомог | в | Протягом 1 дня |
| 3. | Передача особової справи заявника для призначення (відмови) заявленої допомоги | Спеціаліст сектору прийому громадян відділу соціальних допомог | в | Протягом 1 – 2 дня (при наявності повного пакету документів) |
| 4. | Призначення (відмова в призначенні) заявленої допомоги | Спеціаліст сектору прийняття рішень відділу соціальних допомог | в | Протягом 7 днів |
| 5. | Передача особової справи заявника з призначенням (відмовою) заявленої допомоги для перевірки прийнятого рішення | Спеціаліст сектору прийняття рішень відділу соціальних допомог | в | Протягом 1 дня |
| 6. | Перевірка рішень щодо призначення (відмови), перерахунку заявленої допомоги, правильності нарахувань | Спеціаліст сектору контролю за призначенням, перерахунком, виплатою соціальних допомог і пенсій відділу соціальних допомог | в | Протягом 1 дня |
| 7. | Подача особової справи начальнику відділу для візування | Спеціаліст сектору контролю за призначенням, перерахунком, виплатою соціальних допомог і пенсій відділу соціальних допомог | в | Протягом 1 дня |
| 8. | Візування та повернення особових справ архіваріусу відділу | Начальник відділу | п | Протягом 1 дня |
| 9. | Формування повідомлення про відправку особових справ з призначенням (відмовою) до обласного центру по нарахуванню та здійсненню соціальних виплат | Спеціаліст - архіваріус сектору прийняття рішень відділу соціальних допомог | в | Протягом 1 дня |
| 10. | Повідомлення заявника про призначення (відмову) соціальної допомоги | Спеціаліст сектору прийому громадян відділу соціальних допомог | в | Протягом 5 днів |
| Загальна кількість днів надання послуги - | | | | **10** |
| Загальна кількість днів (передбачена законодавством) - | | | | **10** |

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

# *Заповнюється: заявником/ уповноваженим представником*

# До органу праці та соціального захисту населення \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# 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** |  |

**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)