**ІНФОРМАЦІЙНА КАРТКА АДМІНІСТРАТИВНОЇ ПОСЛУГИ З**

**ПРИЗНАЧЕНННЯ ДЕРЖАВНОЇ СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ, ЯКІ НЕ МАЮТЬ ПРАВА НА ПЕНСІЮ, ТА ОСОБАМ З ІНВАЛІДНІСТЮ**

(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’єкт надання адміністративної послуги та / або центр надання адміністративних послуг** | | |
| 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 :  юридична адреса: 10003, м.Житомир, вул. Перемоги,55;  фактичне місце знаходження: 10009, м.Житомир, площа Польова,8.  **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 суб’єкта надання адміністративної послуги/Центру надання адміністративних послуг | Управління соціального захисту населення Богунського району департаменту соціальної політики Житомирської міської ради  10009, м.Житомир, площа Польова,8  Управління соціального захисту населення Корольовського району департаменту с соціальної політики Житомирської міської ради  10009, м.Житомир, площа Польова,8  Понеділок - п’ятниця з 8-30 до 17-30  Обідня перерва з 12.30 до 13.30 |
| 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:  тел./факс 0683127215  [boguniya1826@ukr.net](mailto:boguniya1826@ukr.net)  Управління соціального захисту населення Корольовського району департаменту соціальної політики Житомирської міської ради  тел./факс 0974709909  42103215@mail.gov.ua |
| **Нормативні акти, якими регламентується надання адміністративної послуги** | | |
| 4 | Закони України | Закон України „Про державну соціальну допомогу особам, які не мають права на пенсію, та особам з інвалідністю” від 18.05.2004 № 1727-ІV |
| 5 | Акти Кабінету Міністрів України | Постанова Кабінету Міністрів України від 02.04.2005 № 261 „Про затвердження Порядку призначення і виплати державної соціальної допомоги особам, які не мають права на пенсію, та особам з інвалідністю і державної соціальної допомоги на догляд”  (далі – Постанова № 261) |
| 6 | Акти центральних органів виконавчої влади | Накази Міністерства праці та соціальної політики України від 19.09.2006 № 345 „Про затвердження Інструкції щодо порядку оформлення і ведення особових справ отримувачів усіх видів соціальної допомогиˮ, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 06.10.2006 за № 1098/12972, наказ Міністерства соціальної політики України від 09.01.2023 № 3 „Про затвердження форми Заяви про призначення усіх видів соціальної допомоги та компенсацій”, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 23.01.2023 за № 145/39201 |
| **Умови отримання адміністративної послуги** | | |
| 7 | Підстава для отримання | Право на державну соціальну допомогу особам, які не мають права на пенсію, та особам з інвалідністю  (далі – соціальна допомога) мають особи, що одночасно відповідають таким умовам:  1) особи, які досягли віку 65 років і не мають права на пенсію відповідно до законодавства або яким установлено інвалідність в установленому порядку. До досягнення зазначеного віку до осіб, які не мають права на пенсію, належать жінки 1960 року народження і старші після досягнення ними такого віку:  58 років - які народилися до 30 вересня 1953 року включно;  58 років 6 місяців - які народилися з 1 жовтня 1953 року по 31 березня 1954 року;  59 років - які народилися з 1 квітня 1954 року по 30 вересня 1954 року;  59 років 6 місяців - які народилися з 1 жовтня 1954 року по 31 березня 1955 року;  60 років - які народилися з 1 квітня 1955 року по 30 вересня 1955 року;  60 років 6 місяців - які народилися з 1 жовтня 1955 року по 31 березня 1956 року;  61 рік - які народилися з 1 квітня 1956 року по 30 вересня 1956 року;  61 рік 6 місяців - які народилися з 1 жовтня 1956 року по 31 березня 1957 року;  62 роки - які народилися з 1 квітня 1957 року по 30 вересня 1957 року;  62 роки 6 місяців - які народилися з 1 жовтня 1957 року по 31 березня 1958 року;  63 роки - які народилися з 1 квітня 1958 року по 30 вересня 1958 року;  63 роки 6 місяців - які народилися з 1 жовтня 1958 року по 31 березня 1959 року;  64 роки - які народилися з 1 квітня 1959 року по 30 вересня 1959 року;  64 роки 6 місяців - які народилися з 1 жовтня 1959 року по 31 березня 1960 року;  65 років - які народилися з 1 квітня 1960 року по 31 грудня 1960 року;  2) не одержують пенсію або соціальні виплати, що призначаються для відшкодування шкоди, заподіяної ушкодженням здоров’я на виробництві, відповідно до [Закону України](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1105-14) “Про загальнообов’язкове державне соціальне страхування”, та допомоги, що призначається відповідно до [Закону України](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2109-14) “Про державну соціальну допомогу особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю” (крім осіб з інвалідністю з дитинства або дітей з інвалідністю, які мають право на державну соціальну допомогу дитині померлого годувальника відповідно до [Закону України](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1727-15) “Про державну соціальну допомогу особам, які не мають права на пенсію, та особам з інвалідністю” і державну соціальну допомогу відповідно до Закону України “Про державну соціальну допомогу особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю”);  3) є малозабезпеченими особами (крім осіб з інвалідністю I групи та дітей померлого годувальника).  Крім того, право на соціальну допомогу мають:  особи з інвалідністю I групи, якщо вони не одержують пенсію;  діти померлого годувальника (у тому числі ті, що народжені до спливу 10 місяців з дня смерті годувальника), який на день смерті не мав страхового стажу, необхідного для призначення пенсії для особи з інвалідністю III групи |
| 8 | Перелік необхідних документів | Для призначення соціальної допомоги подаються такі документи:  заява про призначення усіх видів соціальної допомоги, компенсацій та пільг, затверджена наказом Міністерства соціальної політики України від 09.01.2023 № 3 „Про затвердження форми Заяви про призначення усіх видів соціальної допомоги та компенсацій”, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 23.01.2023 за № 145/39201. Під час подання заяви пред’являється паспорт громадянина України, трудова книжка та документ, що засвідчує реєстрацію особи у Державному реєстрі фізичних осіб - платників податків (картка платника податків), або дані про реєстраційний номер облікової картки платника податків із зазначеного Державного реєстру, внесені до паспорта громадянина України або свідоцтва про народження (крім осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку в паспорті). Громадяни Республіки Польща, які перебувають на території України на умовах, передбачених [Законом України](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2471-20) “Про встановлення додаткових правових та соціальних гарантій для громадян Республіки Польща, які перебувають на території України”, пред’являють паспортний документ іноземця, іноземці та особи без громадянства - паспортний документ іноземця та посвідку на постійне проживання або посвідчення біженця, посвідчення особи, яка потребує додаткового захисту;  декларація про доходи та майновий стан осіб, які звернулися за призначенням усіх видів державної соціальної допомоги у редакції наказу Міністерства соціальної політики України від 18 жовтня 2023 року №398-Н. (у разі потреби);  копія рішення суду про визнання особи недієздатною (для недієздатної особи);  копія рішення про призначення опікуна (для недієздатної особи, якій призначено опікуна);  копія документа, що підтверджує повноваження представника закладу, який виконує функції опікуна над особою (для недієздатної особи, опікуна якій не призначено);  Для призначення соціальної допомоги дітям померлого годувальника додатково подаються:  копія свідоцтва про народження або паспорта громадянина України особи, якій призначається соціальна допомога, з пред’явленням оригіналу;  копії документів, що засвідчують родинні відносини члена сім’ї з померлим годувальником (у разі потреби);  копія свідоцтва про смерть годувальника або рішення суду про визнання його безвісно відсутнім чи оголошення померлим з пред’явленням оригіналу;  довідка загальноосвітнього навчального закладу системи загальної середньої освіти, професійно-технічного, вищого навчального закладу про те, що дитина навчається за денною формою навчання (у разі потреби) |
| 9 | Спосіб подання документів | Заява та документи, необхідні для призначення допомоги подаються заявником особисто або через представника, який діє на підставі виданої йому довіреності, посвідченої нотаріально, суб’єкту надання адміністративної послуги:  через уповноважених осіб виконавчого органу сільської, селищної, міської ради відповідної територіальної громади, посадових осіб центру надання адміністративних послуг для окремих категорій осіб (зазначених у пунктах 4-6 Постанови № 261);  поштою або в електронній формі через офіційний веб-сайт Мінсоцполітики або інтегровані з ним інформаційні системи органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування, або Єдиний державний веб-портал електронних послуг (у разі технічної можливості)\* |
| 10 | Платність (безоплатність) надання | Адміністративна послуга надається безоплатно |
| 11 | Строк надання | Заява про призначення допомоги розглядається не пізніше ніж протягом 10 днів після її надходження з усіма необхідними документами |
| 12 | Перелік підстав для відмови у наданні | Подано не усі необхідні документи для призначення допомоги;  особа не має права на призначення допомоги |
| 13 | Результат надання адміністративної послуги | Призначення допомоги / відмова в призначенні допомоги |
| 14 | Способи отримання відповіді (результату) | Допомогу можна отримати через поштове відділення зв’язку або через уповноважені банки, визначені в установленому порядку.  Про відмову в призначенні допомоги суб’єкт надання адміністративної послуги письмово повідомляє особу, яка звернулася за призначенням, у п’ятиденний строк з дня прийняття рішення |

**Технологічна картка**

**ДЕРЖАВНОЇ СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ, ЯКІ НЕ МАЮТЬ ПРАВА НА ПЕНСІЮ, ТА ОСОБАМ З ІНВАЛІДНІСТЮ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№**  **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 обслуговування громадян відділу соціальних допомог управління соціального захисту населення | в | Протягом 1 дня |
| 2. | Формування особової справи заявника | Спеціаліст сектору обслуговування громадян відділу соціальних допомог управління соціального захисту населення | в | Протягом 1 дня |
| 3. | Передача особової справи заявника для призначення (відмови) заявленої допомоги | Спеціаліст сектору обслуговування громадян відділу соціальних допомог управління соціального захисту населення | в | Протягом 1 дня (при наявності повного пакету документів) |
| 4. | Призначення (відмова в призначенні) заявленої допомоги | Спеціаліст сектору призначення та перерахунків відділу соціальних допомог управління соціального захисту населення | в | Протягом 3 днів |
| 5. | Передача особової справи заявника з призначенням (відмовою) заявленої допомоги для перевірки прийнятого рішення | Спеціаліст сектору призначення та перерахунків відділу соціальних допомог управління соціального захисту населення | в | Протягом 1 дня |
| 6. | Перевірка рішень щодо призначення (відмови), перерахунку заявленої допомоги, правильності нарахувань | Спеціаліст сектору контрольно-перевірочної роботи відділу соціальних допомог управління соціального захисту населення | в | Протягом 1 дня |
| 7. | Візування та повернення особових справ архіваріусу відділу | Спеціаліст сектору контрольно-перевірочної роботи відділу соціальних допомог управління соціального захисту населення | п | Протягом 1 дня |
| 8. | Формування повідомлення про відправку особових справ з призначенням (відмовою) до обласного центру по нарахуванню та здійсненню соціальних виплат | Спеціаліст - архіваріус сектору обслуговування громадян відділу соціальних допомог управління соціального захисту населення | в | Протягом 1 дня |
| 9. | Повідомлення заявника про призначення (відмову) соціальної допомоги | Спеціаліст сектору обслуговування громадян відділу соціальних допомог управління соціального захисту населення | в | Протягом 5 днів |
| Загальна кількість днів надання послуги - | | | | **10** |
| Загальна кількість днів (передбачена законодавством) - | | | | **10** |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ Міністерства   
соціальної політики України  
09 січня 2023 року № 3

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 (назва органу, до якого подається заява)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(прізвище, ім’я, по батькові (за наявності) особи, яка подає заяву)

який / яка *(підкреслити потрібне)* проживає за адресою:

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

має зареєстроване / задеклароване місце проживання / перебування *(підкреслити потрібне)*

за адресою \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

контактний номер мобільного телефону \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(паспорт громадянина України або тимчасове посвідчення громадянина України (для іноземців та осіб без громадянства - паспортний документ іноземця, або документ, що посвідчує особу без громадянства, або посвідка на постійне / тимчасове проживання, або посвідчення біженця, або інший документ, що підтверджує законність перебування іноземця чи особи без громадянства на території України) *(зазначити потрібне)*

серії (за наявності) № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, виданий (видана) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ким і коли) (за наявності)

унікальний номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі (за наявності): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

реєстраційний номер облікової картки платника податків (крім осіб, які відмовились від отримання такого номера і мають про це відмітку в паспорті):

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

народився / народилась *(підкреслити потрібне)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

число, місяць, рік

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Звернення:** | **первинне** | **повторне** | **Номер основної особової справи** | **№** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата реєстрації заяви) |

**ЗАЯВА  
про призначення усіх видів соціальної допомоги та компенсацій**\*

Прошу призначити / перерахувати *(потрібне підкреслити)* мені належну згідно із законодавством допомогу / компенсацію *(потрібне підкреслити)* відповідного виду із нижчевикладеного переліку.

|  |  |
| --- | --- |
| **Назва допомоги / компенсації** | **Зазначити необхідне** |
| **1. Державна допомога сім’ям з дітьми** | |
| Допомога у зв’язку з вагітністю та пологами |  |
| Допомога при народженні дитини |  |
| Допомога при усиновленні дитини |  |
| Допомога на дітей, над якими встановлено опіку чи піклування |  |
| Допомога на дітей одиноким матерям |  |
| Допомога особі, яка доглядає за хворою дитиною |  |
| **2. Державна соціальна допомога малозабезпеченим сім’ям** |  |
| **3. Державна соціальна допомога особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю** | |
| Допомога особам з інвалідністю з дитинства I групи |  |
| Допомога особам з інвалідністю з дитинства II групи |  |
| Допомога особам з інвалідністю з дитинства III групи |  |
| Допомога на дітей з інвалідністю віком до 18 років |  |
| Надбавка на догляд за особою з інвалідністю з дитинства підгрупи А I групи |  |
| Надбавка на догляд за особою з інвалідністю з дитинства підгрупи Б I групи |  |
| Надбавка на догляд за одинокими особами з інвалідністю з дитинства II і III груп, які за висновком лікарсько-консультативної комісії закладу охорони здоров’я потребують постійного стороннього догляду |  |
| Надбавка на догляд за дитиною з інвалідністю віком до 6 років |  |
| Надбавка на догляд за дитиною з інвалідністю віком від 6 до 18 років |  |
| **4. Державна соціальна допомога особам, які не мають права на пенсію, та особам з інвалідністю** | |
| Допомога особам з інвалідністю І групи |  |
| Допомога особам з інвалідністю ІІ групи |  |
| Допомога особам з інвалідністю ІІІ групи |  |
| Допомога жінкам, яким присвоєно звання України «Мати-героїня» |  |
| Допомога священнослужителям, церковнослужителям |  |
| Допомога особам, які досягли віку, що дає право на призначення допомоги |  |
| Допомога дитині померлого годувальника |  |
| Допомога на догляд одиноким малозабезпеченим особам, які за висновком лікарсько-консультативної комісії закладу охорони здоров’я потребують постійного стороннього догляду (крім осіб з інвалідністю І групи) |  |
| Допомога на догляд малозабезпеченим особам з інвалідністю підгрупи А І групи |  |
| Допомога на догляд малозабезпеченим особам з інвалідністю підгрупи Б І групи |  |
| Допомога на догляд одиноким особам, які досягли 80-річного віку та за висновком лікарсько-консультативної комісії закладу охорони здоров’я потребують постійного стороннього догляду (крім осіб з інвалідністю внаслідок війни) |  |
| **5. Компенсаційні виплати та допомога громадянам, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи** | |
| Одноразова компенсація учасникам ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС, які стали особами з інвалідністю внаслідок Чорнобильської катастрофи |  |
| Одноразова компенсація дітям, які стали особами з інвалідністю внаслідок Чорнобильської катастрофи |  |
| Одноразова компенсація сім’ям, які втратили годувальника із числа осіб, віднесених до учасників ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС, смерть яких пов’язана з Чорнобильською катастрофою |  |
| Щорічна допомога на оздоровлення |  |
| Грошова компенсація замість путівки |  |
| Компенсація проїзду один раз на рік до будь-якого населеного пункту України і назад автомобільним, або повітряним, або залізничним, або водним транспортом особам, віднесеним до категорій 1 та 2 постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи |  |
| Компенсація 50 (25) відсотків вартості продуктів харчування за медичними (фізіологічними) нормами, встановленими Міністерством охорони здоров’я України, громадянам, віднесеним до категорій 1 та 2 постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи |  |
| Щомісячна грошова компенсація на дітей, які не харчуються в закладах освіти, розташованих на територіях радіоактивного забруднення, та дітей, які є особами з інвалідністю внаслідок Чорнобильської катастрофи і не харчуються в закладах освіти, у тому числі за дні, в які вони не відвідували ці заклади |  |
| **6. Тимчасова державна допомога дітям, батьки яких ухиляються від сплати аліментів, не мають можливості утримувати дитину або місце проживання їх невідоме** |  |
| **7. Соціальна допомога на дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, грошове забезпечення батькам-вихователям і прийомним батькам** |  |
| 8. **Допомога на догляд** (щомісячна грошова допомога особі, яка проживає разом з особою з інвалідністю I чи II групи внаслідок психічного розладу, яка за висновком лікарської комісії медичного закладу потребує постійного стороннього догляду, на догляд за нею) |  |
| **9. Компенсаційна виплата особі, яка здійснює догляд за особою з інвалідністю І групи або особою, яка досягла 80-річного віку** |  |
| **10. Грошова компенсація замість санаторно-курортної путівки** |  |
| **11. Компенсація вартості самостійного санаторно-курортного лікування** |  |
| **12. Одноразова винагорода жінці, якій присвоєно почесне звання України «Мати-героїня»** |  |
| **13. Одноразова матеріальна допомога особі, яка постраждала від торгівлі людьми** |  |
| **14. Допомога на поховання** |  |
| **15. Тимчасова державна соціальна допомога непрацюючій особі, яка досягла загального пенсійного віку, але не набула права на пенсійну виплату** |  |
| **16. Допомога на дітей, які виховуються у багатодітних сім’ях** |  |

До заяви відповідно до законодавства додаю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ документів на \_\_\_\_\_аркушах.

У разі призначення / проведення перерахун­ку соціальної допомоги / компенсації (підкреслити потрібне) прошу виплатити кошти:

через організацію, яка здійснює виплату і доставку пенсій та грошової допомоги за місцем фактичного проживання \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(найменування організації)

на рахунок у банку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(назва банку)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(номер рахунка (за стандартом IBAN)

на особовий рахунок будинку-інтернату, установи (закладу), де особа з інвалідністю з дитинства або дитина з інвалідністю перебуває на повному державному утриманні,

у банку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(назва банку)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /

(номер рахунка (за стандартом IBAN)

*Підтверджую відсутність змін у складі сім’ї (при повторному зверненні).*

*Усвідомлюю, що надані мною відомості про доходи та майно, що вплинули або могли вплинути на прийняте рішення щодо призначення / перерахунку соціальної допомоги / компенсації, будуть перевірені згідно із законодавством України.*

*Мене поінформовано про те, що в разі зміни обставин, які можуть вплинути на отримання мною соціальної допомоги / компенсації, я повинен / повинна повідомити про це орган соціального захисту населення.*

*Про відмову у призначенні / про припинення виплати призначеної соціальної допомоги / компенсації та / або про повернення надміру виплачених коштів у разі подання неповних чи недостовірних відомостей про доходи та майновий стан сім’ї мене попереджено.*

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

(підпис) (дата)

Інформація, яка повідомляється одинокою матір’ю *(зазначити 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 щодо призначення пенсії в разі втрати годувальника, яка повідомляється одержувачем державної соціальної допомоги, особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю

|  |  |
| --- | --- |
| Управління Пенсійного фонду, у якому перебуває на обліку одержувач допомоги | Номер пенсійної справи |
|  |  |

Інформація щодо отримання пенсій (допомоги) особою, за якою здійснюється догляд, яка повідомляється одержувачем компенсаційної виплати / допомоги по догляду

|  |  |
| --- | --- |
| Прізвище, ім’я, по батькові (за наявності), адреса, орган, у якому перебуває на обліку одержувач пенсії (допомоги) (особа, за якою здійснюється догляд) | Номер пенсійної справи |
|  |  |

Якщо прийняття рішення щодо призначення / перерахунку допомоги потребуватиме окремого рішення місцевого органу виконавчої влади / органу місцевого самоврядування, прошу подати / не подавати мою заяву на розгляд місцевому органу виконавчої влади / органу місцевого самоврядування (потрібне підкреслити):

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

(підпис заявника / уповноваженого представника) (дата)

|  |
| --- |
| ***Заповнюється працівником управління соціального захисту населення / виконавчого органу сільської, селищної, міської ради, військової адміністрації / центру надання адміністративних послуг***  Відомості з паспорта та поданих документів звірено.  Заяву та документи на \_\_\_\_ аркушах прийнято \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ р. та зареєстровано за №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Для розгляду заяви необхідно додати до \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ р. такі документи:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ознайомився(лась)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (посада працівника) (прізвище та підпис) (підпис заявника /   уповноваженого представника) |



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

|  |
| --- |
| ***Заповнюється працівником управління соціального захисту населення / виконавчого органу сільської, селищної, міської ради, військової адміністрації / центру надання адміністративних послуг***  Відомості з паспорта та поданих документів звірено.  Заяву та документи на \_\_\_\_ аркушах прийнято \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ р. та зареєстровано за №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Для розгляду заяви необхідно додати до \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ р. такі документи:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ознайомився(лась)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (посада працівника) (прізвище та підпис) (підпис заявника /   уповноваженого представника) |

Додаток 8   
до Інструкції щодо порядку оформлення   
і ведення особових справ отримувачів   
усіх видів соціальної допомоги  
(у редакції наказу   
Міністерства соціальної політики України   
від 18 жовтня 2023 року № 398-Н)   
(пункт 2.5 глави 2)

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

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

(найменування структурного підрозділу з питань   
соціального захисту населення)

**Декларація   
про доходи та майновий стан осіб, які звернулися   
за призначенням усіх видів державної соціальної допомоги**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Розділ I. Загальні відомості**  1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище, ім’я, по батькові (за наявності) заявника / законного представника заявника / уповноваженого представника сім’ї)  2. Задеклароване (зареєстроване) місце проживання (перебування) / фактичне місце проживання  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (поштовий індекс, область, район, населений пункт, вулиця, будинок, корпус, квартира)  3. Дані про осіб, які входять до складу сім’ї | | | | | |
| Прізвище,  власне ім’я, по батькові (за наявності) | Сімейний стан/  сімейний зв’язок | Число, місяць, рік народження | Серія (за наявності) та номер паспорта/  свідоцтва  про народження дитини/  реквізити посвідки  на постійне / тимчасове  проживання | Реєстраційний  номер облікової картки  платника податків  або серія та номер паспорта (для осіб, які мають відмітку в паспорті про право  здійснювати платежі  за його серією  та номером) | Примітки\* |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Розділ II. Відомості про види та суми доходів (у тому числі закордонні грошові перекази, дивіденди від цінних паперів) осіб, які входять до складу сім’ї, інформація про які відсутня в Державному реєстрі фізичних осіб — платників податків та реєстрі застрахованих осіб Державного реєстру загальнообов’язкового державного соціального страхування,  за період із \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ р. до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ р.** | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
| Прізвище, власне ім’я,  по батькові (за наявності) | Відомості про доходи | | |
| вид доходу | сума доходу,  грн | найменування організації,  у якій отримано дохід |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Розділ III. Відомості про наявність у власності осіб, які входять до складу сім’ї, житлових приміщень** | | | | | |
| Прізвище,  власне ім’я, по батькові  (за наявності) власника | Вид житлового приміщення | Загальна площа  житлового  приміщення | Адреса фактичного розташування | Особлива характеристика житлового приміщення:   — розташоване на територіях, на яких ведуться бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією територіях, включених до Переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого наказом Міністерства з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій України від 22 грудня 2022 року № 309, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 23 грудня 2022 року за № 1668/39004, для яких не визначена дата завершення бойових дій (дата припинення можливості бойових дій) або тимчасової окупації;   — знищене / непридатне для проживання внаслідок бойових дій, терористичних актів, диверсій, спричинених військовою агресією Російської Федерації, або з інших причин за наявності відповідної інформації у Державному реєстрі майна, пошкодженого та знищеного внаслідок бойових дій, терористичних актів, диверсій, спричинених військовою агресією Російської Федерації, або за умови отримання документального підтвердження від органів місцевого самоврядування факту знищення/ пошкодження житлового приміщення  (квартири, будинку);   — отримане дитиною-сиротою, дитиною, позбавленою батьківського піклування, особою з їх числа за рахунок державного чи місцевого бюджету;   — житлове приміщення у гуртожитку;   — належить на правах спільної сумісної або часткової власності;   — на яке оформлено право на спадщину |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Розділ IV. Відомості про транспортні засоби, які зареєстровано в установленому порядку і з дати випуску яких минуло менше ніж 15 років (крім мопеда і причепа), що перебувають у власності осіб, які входять до складу сім’ї** | | | | |
| Прізвище,  власне ім’я,  по батькові  (за наявності) власника | Транспортний засіб | | | Автомобілі, отримані через структурні підрозділи з питань соціального захисту населення / придбані батьками-вихователями дитячих будинків сімейного типу |
| Марка | Державний номерний знак | Рік випуску |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Розділ V. Інформація про купівлю земельної ділянки, квартири (будинку) (крім житла, отриманого або придбаного за рахунок державного чи місцевого бюджету), іншого нерухомого майна, транспортного засобу (механізму), цінних паперів та інших фінансових інструментів, віртуальних активів (у значенні, наведеному в Законі України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення»), будівельних матеріалів, інших товарів довгострокового вжитку, про оплату (одноразову) будь-яких робіт або послуг (крім медичних, освітніх і житлово-комунальних послуг згідно із соціальною нормою житла та соціальними нормативами житлово-комунального обслуговування), про проведення платежу (платежів), що випливає (випливають) з правочинів, за якими передбачено набуття майнових прав на нерухоме майно та / або транспортні засоби (механізми) (крім об’єктів спадщини та дарування), про здійснення внесків до статутного (складеного) капіталу товариства, підприємства, організації, про благодійну діяльність (виключно у вигляді сплати коштів), про надання поворотної / безповоротної фінансової допомоги, позики на суму, яка на дату проведення операції перевищує 50 тис. гривень, протягом 12 місяців перед місяцем звернення за призначенням допомоги** | | | |
| Прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності) | Вид проведеної операції | Сума платежу,  грн | Дата проведення операції |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Розділ VI. Інформація про купівлю безготівкової та / або готівкової іноземної валюти (крім валюти, отриманої від благодійних організацій або придбаної для оплати медичних та / або освітніх послуг), банківських металів на загальну суму, що на дату проведення операції перевищує 50 тис. гривень, протягом 12 місяців перед місяцем звернення за призначенням допомоги** | | | |
| Прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності)  покупця | Різновид  іноземної валюти, банківських металів | Вартість на дату придбання,  грн | Дата придбання |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Розділ VII. Відомості про наявність в осіб, які входять до складу сім’ї, на депозитному банківському рахунку (рахунках) коштів або облігацій внутрішньої державної позики на загальну суму, що перевищує 100 тис. гривень** | | | |
| Прізвище, власне ім’я,  по батькові (за наявності) | Найменування банку/ установи, в якому /  якій відкрито депозитний рахунок або придбано облігації внутрішньої державної позики | Сума коштів на рахунку (загальна вартість облігацій внутрішньої державної позики), грн | Дата відкриття рахунка  або придбання облігацій  внутрішньої державної позики |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Розділ VІІI. Відомості про суми аліментів, отримані особами, які входять до складу сім’ї,**  **з \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ р. до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ р.** | | | |
| Прізвище, власне ім’я,  по батькові (за наявності)  отримувача аліментів | Прізвище, власне ім’я,  по батькові (за наявності) платника аліментів | Сума,  грн | Відмітка про наявність заборгованості понад шість місяців за виконавчим провадженням про стягнення аліментів, так / ні |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\* Інформація про місце проживання / перебування особи за зазначеною адресою, про перебування особи за кордоном сукупно понад 60 днів протягом періоду, за який враховуються доходи для призначення соціальної допомоги, про надання особою соціальних послуг, про тривалу хворобу особи (що підтверджено висновком лікарсько-консультативної комісії закладу охорони здоров’я).

Я усвідомлюю, що в разі подання мною неповних або недостовірних відомостей про осіб, які входять до складу сім’ї, про їхні доходи, майновий стан і витрати мені може бути відмовлено у призначенні державної соціальної допомоги або припинено її надання. У такому разі зобов’язуюся повернути надміру перераховану (виплачену) мені суму державної соціальної допомоги.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ р |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (підпис) |