**ІНФОРМАЦІЙНА КАРТКА АДМІНІСТРАТИВНОЇ ПОСЛУГИ З**

**ПРИЗНАЧЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ**

**«МУНІЦИПАЛЬНА НЯНЯ»”**

(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 / центр надання адміністративних послуг / виконавчий орган ради об’єднаної територіальної громади** | | |
| 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](mailto:42103215@mail.gov.ua) |
| **Нормативні акти, якими регламентується надання адміністративної послуги** | | |
| 4 | Закони України | \_\_\_\_\_\_ |
| 5 | Акти Кабінету Міністрів України | Постановою Кабінету Міністрів від 30.12.2022 № 1474 "Деякі питання соціального захисту дітей та сім’ї" визначено, що компенсація послуги з догляду за дитиною до трьох років ,"муніципальна няня" надається у разі здійснення догляду за дитиною з інвалідністю, або у разі, якщо один із батьків, опікунів є особою з інвалідністю I чи II групи. |
| 6 | Акти центральних органів виконавчої влади | Наказ Міністерства соціальної політики України від 09.01.2023р. №3 «Про затвердження форми Заяви про призначення усіх видів соціальної допомоги та компенсацій», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 23 січня 2023р. за №145/39201. |
| **Умови отримання адміністративної послуги** | | |
| 7 | Підстава для отримання | 1. Свідоцтво про народження дитини. 2. Договір про здійснення догляду за дитиною до трьох років з муніципальною нянею. 3. Оригінал довідки про встановлення групи інвалідності І чи ІІ групи 4. Довідка що дитина, потребує додаткового догляду |
| 8 | Перелік необхідних документів | заява про надання компенсації послуги “муніципальна няня”;  документ, що посвідчує особу;  документ про присвоєння реєстраційного номера облікової картки платника податків;  свідоцтво про народження дитини;  копію договору між заявником послуги “муніципальна няня” та муніципальною нянею;  документи, що підтверджують витрати на оплату муніципальній няні вартості послуги “муніципальна няня”, сплаченої заявником послуги “муніципальна няня” (виписка з банківського рахунка, касовий чек, товарний чек, розрахункова квитанція);  довідка про захворювання дитини на тяжке перинатальне ураження нервової системи, тяжку вроджену ваду розвитку, рідкісне орфанне захворювання, онкологічне, онкогематологічне захворювання, дитячий церебральний параліч, тяжкий психічний розлад, цукровий діабет I типу (інсулінозалежний), гостре або хронічне захворювання нирок ІV ступеня, про те, що дитина отримала тяжку травму, потребує трансплантації органа, потребує паліативної допомоги (у разі потреби);  медичного висновку лікарсько-консультативної комісії про наявність у дитини інвалідності (для дітей з інвалідністю);  довідки медико-соціальної експертної комісії про встановлення групи інвалідності (для осіб з інвалідністю).  Для призначення допомоги за місцем фактичного проживання, до заяви додається довідка про неотримання такої допомоги в органах соціального захисту населення за зареєстрованим місцем проживання |
| 9 | Спосіб подання документів | Заява та документи подаються особою особисто |
| 10 | Платність (безоплатність) надання | Адміністративна послуга надається безоплатно |
| 11 | Строк надання | Призначається на строк здійснення догляду за дитиною до трьох років, визначений у договорі, укладеному між отримувачем послуги «муніципальна няня» та муніципальною нянею |
| 12 | Перелік підстав для відмови у наданні | Отримувачу послуги “муніципальна няня” може бути відмовлено у призначенні компенсації послуги “муніципальна няня” у разі подання пакета документів, не в повному обсязі, відсутності інформації про муніципальну няню в Єдиному державному реєстрі юридичних осіб, фізичних осіб - підприємців та громадських формувань. |
| 12 | Результат надання адміністративної послуги | Призначення / відмова в призначенні державної соціальної допомоги «Муніципальна няня» |
| 13 | Способи отримання відповіді (результату) | Допомогу можна отримати через уповноважені банки, визначені в установленому порядку.  Про відмову у призначенні допомоги орган соціального захисту населення письмово повідомляє особі, яка звернулася за її призначенням, у триденний строк з дня прийняття рішення. |

**Технологічна картка**

**ПРИЗНАЧЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ**

**«МУНІЦИПАЛЬНА НЯНЯ»**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ 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 | в | Протягом 1 дня |
| 2. | Формування особової справи заявника | Спеціаліст сектору обслуговування громадян відділу соціальних допомог | в | Протягом 1 дня |
| 3. | Передача особової справи заявника для призначення (відмови) заявленої допомоги | Спеціаліст сектору обслуговування громадян відділу соціальних допомог | в | Протягом 1 – 2 дня (при наявності повного пакету документів) |
| 4. | Призначення (відмова в призначенні) заявленої допомоги | Спеціаліст сектору призначення та перерахунків відділу соціальних допомог | в | Протягом 5 днів |
| 5. | Передача особової справи заявника з призначенням (відмовою) заявленої допомоги для перевірки прийнятого рішення | Спеціаліст сектору призначення та перерахунків відділу соціальних допомог | в | Протягом 1 дня |
| 6. | Перевірка рішень щодо призначення (відмови), перерахунку заявленої допомоги, правильності нарахувань | Спеціаліст сектору призначення та перерахунків відділу соціальних допомог | в | Протягом 1 дня |
| 7. | Подача особової справи начальнику відділу для візування | Спеціаліст сектору призначення та перерахунків відділу соціальних допомог | в | Протягом 1 дня |
| 8. | Візування та повернення особових справ архіваріусу відділу | Спеціаліст сектору призначення та перерахунків відділу соціальних допомог | 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 обслуговування громадян відділу соціальних допомог | в | Протягом 1 дня |
| 10. | Повідомлення заявника про призначення (відмову) соціальної допомоги | Спеціаліст сектору обслуговування громадян відділу соціальних допомог | в | Протягом 3 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) |