**ЗАТВЕРДЖУЮ:**

Директор департаменту соціальної політики Житомирської міської ради

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Вікторія КРАСНОПІР

«\_\_\_\_\_ » січня 2024 року

### І

### ТИПОВА ІНФОРМАЦІЙНА КАРТКА

### адміністративної послуги

**«ВКЛЕЮВАННЯ ВКЛАДКИ-БЛАНКУ ДО ПОСВІДЧЕННЯ**

**«Особа з інвалідністю внаслідок війни» та «Член сім’ї загиблого» ветерана війни, та «Члена сім’ї загиблого Захисника чи Захисниці України»** (Управління соціального захисту населення Богунського району,

Управління соціального захисту населення Корольовського району)

Департаменту соціальної політики

Житомирської міської ради

(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 Корольовського району департаменту соціальної політики Житомирської міської ради  10009, м. Житомир, площа Польова,8  **Прийом документів:**  Управління соціального захисту населення Богунського району департаменту соціальної політики Житомирської міської ради  10009, м. Житомир, площа Польова,8 |
| **2.** | Інформація щодо режиму роботи | Понеділок - п’ятниця з 9.00 до 17.00 (без обідньої перерви) |
| **3.** | Телефон/факс (довідки), адреса електронної пошти та веб-сайт суб’єкта надання адміністративної послуги/Центру надання адміністративних послуг | Управління соціального захисту населення Корольовського району департаменту соціальної політики Житомирської міської ради,  тел./факс (+38097) 470 99 09  ел. адреса [42103215@mail.gov.ua](mailto:42103215@mail.gov.ua)  Управління соціального захисту населення Богунського району департаменту соціальної політики Житомирської міської ради:  тел./факс (0412) 42-50-14  ел. адреса [boguniya1826@ukr.net](mailto:boguniya1826@ukr.net) |
| **Нормативні акти, якими регламентується надання адміністративної послуги** | | |
| **4.** | Закони України | Закон України „Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту” від 22.10.1993 № 3551-XII |
| **5.** | Акти Кабінету Міністрів України | Постанова Кабінету Міністрів України від 12.05.1994 № 302 „Про порядок видачі посвідчень і нагрудних знаків ветеранів війни” |
| **Умови отримання адміністративної послуги** | | |
| **6.** | Підстава для одержання  адміністративної послуги | Звернення особи, яка зареєстрована у м. Житомирі та має статус особи з інвалідністю внаслідок війни або члена сім'ї загиблого(померлого) ветерана війни, Захисника чи Захисниці України |
| **7.** | Вичерпний перелік документів,  необхідних для отримання  адміністративної послуги,  а також вимоги до них | 1. Оригінали документів:  для осіб з інвалідністю внаслідок війни  - паспорт громадянина України  - витяг з реєстру територіальної громади про місце реєстрації  - посвідчення «Особа з інвалідністю внаслідок війни»  -довідка МСЕК про групу та причину інвалідності  для членів сім’ї загиблого(померлого) ветерана війни Захисника чи Захисниці України  - паспорт громадянина України  - витяг з реєстру територіальної громади про місце реєстрації  - посвідчення «Член сім’ї загиблого» ветерана війни та «Член сім’ї загиблого Захисника чи Захисниці України»  - довідка про склад сім’ї (за потреби) |
| **8.** | Порядок та спосіб подання документів, необхідних для отримання  адміністративної послуги | Документи подаються громадянином особисто або представником за довіреністю.  1. Особисте звернення або за їхнім дорученням звернення рідними чи іншими особами, за що вони розписуються у відповідних документах.  2. Перевірка комплексності документів та правильності відомостей, що вказані в заяві та установчих документах.  3. Оформлення відповідної вкладки до пільгового посвідчення  4. Реєстрація заяви у журналі.  5. Реєстрація вкладки до посвідчення у журналі видачі бланків вкладок.  5. Вклеювання бланку вкладки до посвідчення з відміткою та особистим підписом заявника про її одержання. |
| **9.** | Платність (безоплатність) надання адміністративної послуги | Безоплатно |
| **10.** | Строк надання адміністративної послуги | В день звернення, якщо надані усі необхідні документи |
| **11.** | Перелік підстав для відмови у наданні  адміністративної прослуги | 1. Виникнення підстав, за якими особа втрачає право на статус  2. Неповний пакет документів. |
| **12.** | Результат надання адміністративної  послуги | Вклеювання бланку до посвідчення «Особа з інвалідністю внаслідок війни », «Член сім’ї загиблого» ветерана війни та «Член сім’ї загиблого Захисника чи Захисниці України»  або відмова. |
| **13.** | Способи отримання відповіді  (результату) | Особисто, під час прийому. |
| **14.** | Примітка | - |

**Технологічна картка**

**Вклеювання бланку вкладки до посвідчень «Особа з інвалідністю внаслідок війни» та «Член сім’ї загиблого» ветерана війни та «Член сім’ї загиблого Захисника чи Захисниці України»**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№**  **п/п** | **Етапи послуги** | **Відповідальна посадова особа і структурний підрозділ** | **Дія**  **(В, У, П, З)** | **Термін виконання (днів)** |
| 1. | Приймає заяви та перевіряє надані документи, які дають право на видачу вкладки до пільгового посвідчення | Спеціаліст відділу з питань соціального захисту осіб з інвалідністю та інших категорій | В | У день звернення |
| 2. | Реєструє в журналі обліку видачі вкладок до посвідчень «Інвалід війни», «Член сім’ї загиблого» | Спеціаліст відділу з питань соціального захисту осіб з інвалідністю та інших категорій | В | У день звернення |
| 3. | Видача вкладок або відмова у видачі вкладок до посвідчень «Інвалід війни», «Член сім’ї загиблого» | Начальник управління соціального захисту населення  Начальник відділу з питань соціального захисту осіб з інвалідністю та інших категорій  Спеціаліст відділу з питань соціального захисту осіб з інвалідністю та інших категорій | З  В | У день звернення, якщо послуга не потребує додаткового вивчення документів |
| 4. | У разі зміни даних одержувача посвідчення видається новий вкладиш | Начальник управління соціального захисту населення  Начальник відділу з питань соціального захисту осіб з інвалідністю та інших категорій  Спеціаліст відділу з питань соціального захисту осіб з інвалідністю та інших категорій | З  В | У день звернення |
| Загальна кількість днів надання послуги - | | | | **1** |
| Загальна кількість днів (передбачена законодавством) - | | | | **20** |

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

від\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(П.І.Б. фізичної особи-заявника)

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

(адреса місця проживання)

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

(номер телефону заявника)

**З А Я В А**

Прошу встановити статус та видати ( вклеїти вкладку, замінити пошкоджене,

*(необхідне підкреслити)*

втрачене) посвідчення «Члена сім’ї померлого (загиблого) ветерана війни або «Член сім’ї загиблого Захисника чи Захисниці України»».

**До заяви додаю:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. **Копії 1,2,11 сторінок паспорта або копія свідоцтва про народження дитини** 2. **Витяг з реєстру територіальної громади про місце реєстрації** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. **Копія ідентифікаційного номеру** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. **Копія висновку МСЕК померлого ветерана війни** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. **Копія пільгового посвідчення померлого ветерана війни, яке підтверджує статус особи** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. **Копія документа, що підтверджує безпосереднє залучення до антитерористичної операції /ООС, довідка про безпосередню участь особи у заходах, необхідних для забезпечення оборони України, захисту безпеки населення та інтересів держави у зв'язку з військовою агресією Російської Федерації проти України** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. **Копія висновку військово-лікарської комісії про встановлення причинного зв’язку смерті із захворюванням, пораненням, контузією, травмою, каліцтвом** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. **Фото 3/4.** |

Даю згоду на обробку моїх персональних даних для занесення їх до бази персональних даних\*.

„\_\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 року \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ПІБ)

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

від\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(П.І.Б. фізичної особи-заявника)

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

(адреса місця проживання)

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

(номер телефону заявника)

**З А Я В А**

Прошу встановити статус та видати ( вклеїти вкладку, замінити пошкоджене,

*(необхідне підкреслити)*

втрачене) посвідчення «Особа з інвалідністю внаслідок війни».

**До заяви додаю:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. **Копії 1,2,11 сторінок паспорта** 2. **витяг з реєстру територіальної громади про місце реєстрації** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. **Копія ідентифікаційного номеру** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. **Копія висновку МСЕК про встановлення групи інвалідності** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. **Оригінал та копія пільгового посвідчення, яке підтверджує статус особи** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. **Копія документа, що підтверджує безпосереднє залучення до антитерористичної операції /ООС, довідка про безпосередню участь особи у заходах, необхідних для забезпечення оборони України, захисту безпеки населення та інтересів держави у зв'язку з військовою агресією Російської Федерації проти України** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. **Фото 3/4.** |

Даю згоду на обробку моїх персональних даних для занесення їх до бази персональних даних\*.

„\_\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 року \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ПІБ)