ЗАТВЕРДЖУЮ

Директор департаменту соціальної

політики Житомирської міської ради

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Вікторія КРАСНОПІР**

**«\_\_\_\_\_\_» лютого 2025 року**

**ТИПОВА ІНФОРМАЦІЙНА КАРТКА**

**адміністративної послуги**

**„ПРИЗНАЧЕННЯ ОДНОРАЗОВОЇ КОМПЕНСАЦІЇ ДРУЖИНАМ (ЧОЛОВІКАМ), ЯКЩО ТА (ТОЙ) НЕ ОДРУЖИЛИСЯ ВДРУГЕ, ПОМЕРЛИХ ГРОМАДЯН, СМЕРТЬ ЯКИХ ПОВ’ЯЗАНА З ЧОРНОБИЛЬСЬКОЮ КАТАСТРОФОЮ, УЧАСТЮ У ЛІКВІДАЦІЇ НАСЛІДКІВ ІНШИХ ЯДЕРНИХ АВАРІЙ, У ЯДЕРНИХ ВИПРОБУВАННЯХ, ВІЙСЬКОВИХ НАВЧАННЯХ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ЯДЕРНОЇ ЗБРОЇ, У СКЛАДАННІ ЯДЕРНИХ ЗАРЯДІВ ТА ЗДІЙСНЕННІ НА НИХ РЕГЛАМЕНТНИХ РОБІТ”**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Департамент соціальної політики Житомирської міської ради**

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

**Управління соціального захисту населення Корольовського району)**

(найменування суб’єкта надання адміністративної послуги)

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

(найменування суб’єкта надання адміністративної послуги та / або центру надання адміністративних послуг)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Інформація про суб’єкт надання адміністративної послуги та / або центр надання адміністративних послуг** | | |
| 1 | Місцезнаходження | **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,буд.8  **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 | Понеділок - п’ятниця, з 08.30 до 17.30  Обідня перерва з 12.30 до 13.30 |
| 3 | Телефон / факс, адреса електронної пошти та веб-сайт | **Управління соціального захисту населення Богунського району департаменту соціальної політики Житомирської міської ради,**  10003, м. Житомир, вул. Перемоги, буд. 55  тел./факс (+38097) 3569587  boguniya1826@ukr.net  **Управління соціального захисту населення Корольовського району департаменту соціальної політики Житомирської міської ради**  10009, м.Житомир, площа Польова,8  тел./факс 097 470 99 09, (0412) 48-48-18, 097 665 01 68  [42103215@mail.gov.ua](mailto:42103215@mail.gov.ua) [сhorkorzt@ukr.net](mailto:сhorkorzt@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 | Постанови 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”, 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”, 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” |
| 6 | Акти центральних органів виконавчої влади | Наказ 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 |
| **Умови отримання адміністративної послуги** | | |
| 7 | Підстава для отримання адміністративної послуги | 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 |
| 8 | Перелік документів, необхідних для надання (отримання) адміністративної послуги | Для призначення та виплати одноразової компенсації дружинам (чоловікам), якщо та (той) не одружилися вдруге, померлих громадян, смерть яких пов’язана з Чорнобильською катастрофою, участю у ліквідації наслідків інших ядерних аварій, ядерних випробуваннях, військових навчаннях із застосуванням ядерної зброї, складанні ядерних зарядів та здійснення на них регламентних робіт (далі – компенсація) подаються:  заява, за формою затвердженою наказом Міністерства соціальної політики України від **09.01.2023 № 31** „Про затвердження форми Заяви про призначення усіх видів соціальної допомоги, компенсацій та пільг”, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України;  копія паспорта громадянина України;  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 |
| 9 | Спосіб подання документів, необхідних для отримання адміністративної послуги | Заява та документи, необхідні для призначення компенсації, подаються особою суб’єкту надання адміністративної послуги:  через уповноважених осіб виконавчого органу сільської, селищної, міської ради відповідної територіальної громади; посадових осіб центру надання адміністративних послуг;  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 адміністративної послуги | Адміністративна послуга надається безоплатно |
| 11 | Строк надання адміністративної послуги, а також строк здійснення дій, прийняття рішень у процесі надання послуги | Не пізніше 10 днів після надходження заяви зі всіма необхідними документами |
| 12 | Перелік підстав для відмови  (призупинення) у наданні адміністративної послуги | Компенсація не надається у разі подання встановленого переліку документів не в повному обсязі; у разі зміни місця реєстрації |
| 13 | Результат надання адміністративної послуги | Призначення компенсації / відмова у призначенні компенсації |
| 14 | Способи отримання відповіді (результату) | Повідомлення про призначення компенсації (відмова у призначенні) видається (надсилається поштою) одержувачу.  Виплату компенсації можна отримати через банківські установи або поштові відділення зв’язку |

*\* До утворення територіальних органів Національної соціальної сервісної служби та початку виконання відповідних функцій у повному обсязі заява та документи, необхідні для призначення компенсації, можуть подаватись особою до органу соціального захисту населення районної у мм. Києві та Севастополі державної адміністрації, виконавчого органу міської ради міста обласного значення, районної у місті (у разі утворення) ради.*

ТЕХНОЛОГІЧНА КАРТКА АДМІНІСТРАТИВНОЇ ПОСЛУГИ

**„ПРИЗНАЧЕННЯ ОДНОРАЗОВОЇ КОМПЕНСАЦІЇ ДРУЖИНАМ (ЧОЛОВІКАМ), ЯКЩО ТА (ТОЙ) НЕ ОДРУЖИЛИСЯ ВДРУГЕ, ПОМЕРЛИХ ГРОМАДЯН, СМЕРТЬ ЯКИХ ПОВ’ЯЗАНА З ЧОРНОБИЛЬСЬКОЮ КАТАСТРОФОЮ, УЧАСТЮ У ЛІКВІДАЦІЇ НАСЛІДКІВ ІНШИХ ЯДЕРНИХ АВАРІЙ, У ЯДЕРНИХ ВИПРОБУВАННЯХ, ВІЙСЬКОВИХ НАВЧАННЯХ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ЯДЕРНОЇ ЗБРОЇ, У СКЛАДАННІ ЯДЕРНИХ ЗАРЯДІВ ТА ЗДІЙСНЕННІ НА НИХ РЕГЛАМЕНТНИХ РОБІТ”**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Етапи послуги | Відповідальнапосадова  особа і структурнийпідрозділ | Дія  (В,У,П,3) | Термін виконання (днів) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. | Прийом заяви та пакету документів | Заступник начальника відділу з питань соціального захисту населення, яке постраждало внаслідок Чорнобильської катастрофи | В | В день подання заяви |
| 2 | Реєстрація заяви в Журналі реєстрації заяв | Заступник начальника відділу, начальник відділу з питань соціального захисту населення, яке постраждало внаслідок Чорнобильської катастрофи | В | В день подання заяви |
| 3 | Накладення резолюції | Заступник директора департаменту, начальник управління | П | В день подання заяви |
| 4 | Призначення компенсації, допомоги | Заступник начальника відділу з питань соціального захисту населення, яке постраждало внаслідок Чорнобильської катастрофи | В | 5 днів |
| 5 | Відправка до Виплатного центру та проведення виплати | Заступник начальника 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  
09 січня 2023 року № 3

***УСЗН Корольовського р-ну ДСП ЖМР***  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 (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) |