|  |
| --- |
| ЗАТВЕРДЖУЮ:Директор департаменту соціальної політики Житомирської міської ради Вікторія КРАСНОПІР «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025 року |

### ТИПОВА ІНФОРМАЦІЙНА КАРТКА

### адміністративної послуги

**адміністративної послуги**

**„забезпечення направлення на комплексну реабілітацію (абілітацію) осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю, дітей віком до трьох років (включно), які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності, осіб, визначених в абзацах шостому і сьомому статті 4 Закону України ,,Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні”, до державного реабілітаційного закладу, що належить до сфери управління Мінсоцполітики”**

**Департамент соціальної політики**

**Житомирської міської ради**

 (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  | *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, електронна адреса, офіційний веб-сайт  | Управління соціального захисту населення Корольовського району департаменту соціальної політики Житомирської міської ради,тел./факс (+38097) 470 99 09ел. адреса 42103215@mail.gov.uaУправління соціального захисту населення Богунського району департаменту соціальної політики Житомирської міської ради:тел./факс (0412) 42-50-14ел. адреса boguniya1826@ukr.net |
| **Нормативні акти, якими регламентується надання адміністративної послуги** |
| 4 | Закони України | Закон України ,,Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні” від 06.10.2005 № 2961-IV  |
| 5 | Акти Кабінету Міністрів України | Постанова Кабінету Міністрів України від 19.01.2022 № 31 „Про затвердження Порядку здійснення реабілітаційних заходів” (зі змінами) |
| 6 | Акти центральних органів виконавчої влади | Накази Міністерства соціальної політики України від 09.08.2016 № 855 „Деякі питання комплексної реабілітації осіб з інвалідністю”, зареєстрований у Міністерстві юстиції України 01.09.2016 за № 1209/29339; від 24.06.2022 № 186 ,,Про затвердження форм документів щодо надання комплексних реабілітаційних (абілітаційних) послуг”, зареєстрований у Міністерстві юстиції України 12.07.2022 за № 762/38098 |
| **Умови отримання адміністративної послуги** |
| 7 | Підстава для отримання  | Індивідуальна програма реабілітації особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю за формою, затвердженою наказом Міністерства охорони здоров’я України від 08.10.2007 № 623 „Про затвердження форм індивідуальної програми реабілітації інваліда, дитини-інваліда та Порядку їх складанняˮ, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 19.10.2007 за № 1197/14464;висновок лікарсько-консультативної комісії лікувально-профілактичного закладу (для дітей віком до трьох років (включно), які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності), з рекомендаціями щодо проходження комплексної реабілітації (абілітації) в установі;висновок лікарсько-консультативної комісії державного або комунального закладу охорони здоров’я чи рішення військово-лікарської комісії (для осіб, визначених в абзацах [шостому](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15#n74) і [сьомому](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15#n560) статті 4 Закону України ,,Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні”) |
| 8 | Перелік необхідних документів | Заява про отримання комплексних реабілітаційних (абілітаційних) послуг;індивідуальна програма реабілітації, видана медико-соціальною експертною комісією, лікарсько-консультативною комісією лікувально-профілактичного закладу (для дітей з інвалідністю);висновок лікарсько-консультативної комісії державного або комунального закладу охорони здоров’я з рекомендаціями стосовно надання послуг (для дітей віком до трьох років (включно), які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності);паспорт громадянина України, для іноземців та осіб без громадянства – довідка про звернення за захистом в Україні / посвідчення особи, яка потребує додаткового захисту / посвідчення біженця / паспортний документ іноземця та посвідка на тимчасове проживання або посвідка на постійне проживання, свідоцтво про народження (для дітей віком до 14 років);документ із зазначенням даних щодо реєстраційного номера облікової картки платника податків або паспорта (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків, офіційно повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку в паспорті) отримувача;документ про освіту (для отримувачів, які потребують професійної реабілітації);висновок лікарсько-консультативної комісії державного або комунального закладу охорони здоров’я чи рішення військово-лікарської комісії (для осіб, визначених в абзацах [шостому](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15#n74) і [сьомому](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15#n560) статті 4 Закону України ,,Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні”).За бажанням отримувача або його законного представника чи уповноваженої особи до заяви можуть додаватися копії відповідних документів |
| 9 | Спосіб подання документів | Отримувач або його законний представник чи уповноважена особа для отримання послуг у державній реабілітаційній установі (центрі комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю), що належить до сфери управління Мінсоцполітики, подають заяву до виконавчих органів сільських, селищних, міських, районних у місті (у разі їх утворення) рад або до структурних підрозділів з питань соціального захисту населення районних, районних у м. Києві держадміністрацій (далі – уповноважений орган), зокрема шляхом надсилання поштою.\*Уповноважений орган протягом трьох робочих днів з дати надходження заяви перевіряє наявність усіх необхідних відомостей, реєструє заяву, формує електронну справу та надсилає її супровідним листом до державного реабілітаційного закладу, що належить до сфери управління Мінсоцполітики |
| 10 | Платність (безоплатність) надання  | Адміністративна послуга надається безоплатно  |
| 11 | Строк надання  | 3 робочі дні |
| 12 | Перелік підстав для відмови у наданні  | Подання документів не в повному обсязі  |
| 13 | Результат надання адміністративної послуги | Направлення необхідних документів до державного реабілітаційного закладу (центру комплексної реабілітації), що належить до сфери управління Мінсоцполітики \*\* |
| 14 | Способи отримання відповіді (результату) | Інформування отримувача або його законного представника чи уповноваженої особи відбувається через засоби поштового, електронного або телекомунікаційного зв’язку |

**ТЕХНОЛОГІЧНА КАРТКА**

### прийняття рішення про направлення особи з інвалідністю або дитини з інвалідністю на реабілітацію

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№****П№ з/п** | **Етапи послуги** | **Відповідальна посадова особа і структурний підрозділ** | **Дія** **(В, У, П, З)** | **Термін виконання (днів)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 11. | Прийом заяви, перевірка повноти пакету документів | Спеціаліст відділу з питань соціального захисту осіб з інвалідністю та інших категорій департаменту соціальної політики Житомирської міської ради | В | 1 |
| 22 | Реєстрації заяви (пакету документів) | Спеціаліст відділу з питань соціального захисту осіб з інвалідністю та інших категорій департаменту соціальної політики Житомирської міської ради | В | 1 |
| 33 | Формування електронної особової справи особи в централізованому банку даних з проблем інвалідності | Спеціаліст відділу з питань соціального захисту осіб з інвалідністю та інших категорій департаменту соціальної політики Житомирської міської ради | В | 3 |
| 44 | Візування заяви та завірення доданих документів  |  Начальник управління соціального захисту населення | З | 3 |
| 55 | Передача особової справи до закладу для прийняття рішення про надання послуг. | Спеціаліст відділу з питань соціального захисту осіб з інвалідністю та інших категорій департаменту соціальної політики Житомирської міської ради | В | 3 |
| **Загальна кількість днів надання послуги -** | **3** |
| **Загальна кількість днів (передбачена законодавством) -** | **3** |

*Умовні позначки: В - виконує; У - бере участь; П - погоджує; 3 - затверджує.*

ЗАТВЕРДЖЕНО
 Наказ Міністерства соціальної
політики України
 24 червня 2022 року № 186

Керівнику \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (найменування виконавчого органу сільської, селищної, міської, районної у місті (в разі її утворення)
                                   ради або структурного підрозділу з питань соціального захисту населення районної,
                                                                      районної у м. Києві держадміністрації)

**ЗАЯВА
про отримання комплексних реабілітаційних (абілітаційних) послуг\***

Прошу направити\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

            (прізвище, ім’я, по батькові (за наявності), задеклароване/зареєстроване місце проживання (перебування)
              особи (дитини) з інвалідністю, дитини віком до трьох років (включно), яка належить до групи ризику
                                                                     щодо отримання інвалідності)

до реабілітаційного закладу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

                                                             (найменування реабілітаційного закладу)

для отримання послуг із комплексної реабілітації (абілітації).

Підтверджую наявність відомостей щодо:

• індивідуальної програми реабілітації, виданої медико-соціальною експертною комісією, лікарсько-консультативною комісією державного або комунального закладу охорони здоров’я (для дітей з інвалідністю): Так/Ні

• висновку лікарсько-консультативної комісії державного або комунального закладу охорони здоров’я з рекомендаціями стосовно надання послуг (для дітей віком до трьох років (включно), які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності): Так/Ні

• паспорта громадянина України, для іноземців та осіб без громадянства - довідки про звернення за захистом в Україні / посвідчення особи, яка потребує додаткового захисту / посвідчення біженця/ паспортного документа іноземця та посвідки на тимчасове проживання або посвідки на постійне проживання, свідоцтва про народження (для дітей віком до 14 років): Так/Ні

• документа із зазначенням даних щодо реєстраційного номера облікової картки платника податків або паспорта (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків, офіційно повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку в паспорті) отримувача: Так/Ні

• документа про освіту (для отримувачів, які потребують професійної реабілітації): Так/Ні

• виписки з медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого за формою, затвердженою наказом Міністерства охорони здоров’я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974: Так/Ні

Інше: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

                          (за бажанням заявника до заяви можуть додаватися копії вищезазначених документів)

\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ року   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                                                                     (підпис заявника або його законного представника)

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , даю згоду

                                                     (прізвище, ім’я, по батькові (за наявності)

на використання та обробку персональних даних за умови забезпечення їх захисту відповідно
до вимог Закону України «Про захист персональних даних».

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(підпис) |  | \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ року(дата) |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\* Заповнює особа з інвалідністю або законний представник особи (дитини) з інвалідністю, дитини віком до трьох років (включно), яка належить до групи ризику щодо отримання інвалідності чи уповноважена керівником дитячого будинку-інтернату або малого групового будинку особа.

*(відривний корінець)*

Заяву та документи на \_\_\_\_\_ аркушах прийнято \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ року.

М. П.   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                             (власне ім’я ПРІЗВИЩЕ та підпис відповідальної особи)

**Генеральний Директор
Директорату соціального захисту
прав осіб з інвалідністю                                                                                    О. Полякова**

{Форма із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства соціальної політики № 203 від 15.07.2022}