**ІНФОРМАЦІЙНА КАРТКА АДМІНІСТРАТИВНОЇ ПОСЛУГИ З**

**Призначення і виплата державної соціальної допомоги на дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, грошового забезпечення батькам-вихователям і прийомним батькам за надання соціальних послуг у дитячих будинках сімейного типу та прийомних сім’ях за принципом „гроші ходять за дитиною”**

**(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 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 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@zt-rada.gov.ua |
| **Нормативні акти, якими регламентується надання адміністративної послуги** | | |
| 4 | Закони України | Закон України „Про забезпечення організаційно-правових умов соціального захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування” від 13.01.2005 № 2342-IV |
| 5 | Акти Кабінету Міністрів України | Постанови Кабінету Міністрів України від 26.04.2002 № 564 „Про затвердження Положення про дитячий будинок сімейного типуˮ, від 26.04.2002 № 565 „Про затвердження Положення про прийомну сім'юˮ,  від 26.06.2019 № 552 „Деякі питання виплати державної соціальної допомоги на дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, грошового забезпечення батькам-вихователям і прийомним батькам за надання соціальних послуг у дитячих будинках сімейного типу та прийомних сім’ях за принципом “гроші ходять за дитиною”, оплати послуг із здійснення патронату над дитиною та виплати соціальної допомоги на утримання дитини в сім’ї патронатного вихователя, підтримки малих групових будинківˮ |
| **Умови отримання адміністративної послуги** | | |
| 6 | Підстава для отримання адміністративної послуги | Рішення органу опіки і піклування про утворення дитячого будинку сімейного типу, прийомної сім’ї та влаштування до них дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування |
| 7 | Перелік документів, необхідних для надання (отримання) адміністративної послуги | Для призначення та виплати державної соціальної допомоги на дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, грошового забезпечення батькам-вихователям і прийомним батькам за надання соціальних послуг у дитячих будинках сімейного типу та прийомних сім’ях за принципом „гроші ходять за дитиною” подаються:  заява батьків-вихователів і одного з прийомних батьків;  рішення районної, районної у м. Києві держадміністрації, виконавчого органу міської, районної у місті (у разі її утворення) ради про влаштування дитини до дитячого будинку сімейного типу або прийомної сім’ї;  документи, що підтверджують статус дитини;  інформація органу державної виконавчої служби про розмір аліментів;  довідка з місця навчання про розмір стипендії;  копія висновку медико-соціальної експертної комісії або медичного висновку лікарсько-консультативної комісії лікувально-профілактичного закладу про дитину з інвалідністю, що видані в установленому МОЗ порядку;  копія посвідчення громадянина, який проживає, працює (навчається) на території гірського населеного пункту, виданого відповідно до [Закону України](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/56/95-%D0%B2%D1%80) „Про статус гірських населених пунктів в Україні” |
| 8 | Спосіб подання документів, необхідних для отримання адміністративної послуги | Заява та документи, необхідні для призначення виплати, 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)\* |
| 9 | Платність (безоплатність) надання адміністративної послуги | Адміністративна послуга надається безоплатно |
| 10 | 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 |
| 11 | Перелік підстав для відмови  (призупинення) у наданні адміністративної послуги | Виплата не надається у разі подання встановленого переліку документів не в повному обсязі |
| 12 | Результат надання адміністративної послуги | Призначення виплати / відмова у призначенні виплати |
| 13 | Способи отримання відповіді (результату) | Повідомлення про призначення виплати (відмова у призначенні) видається (надсилається поштою) одержувачу.  Виплату можна отримати через банківські установи або поштові відділення зв’язку |

**Технологічна картка**

**надання СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ НА ДІТЕЙ-СИРІТ ТА ДІТЕЙ, ПОЗБАВЛЕНИХ БАТЬКІВСЬКОГО ПІКЛУВАННЯ, ГРОШОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ БАТЬКАМ-ВИХОВАТЕЛЯМ І ПРИЙОМНИМ БАТЬКАМ ЗА НАДАННЯ СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ У ДИТЯЧИХ БУДИНКАХ СІМЕЙНОГО ТИПУ ТА ПРИЙОМНИХ СІМ’ЯХ ЗА ПРИНЦИПОМ „ГРОШІ ХОДЯТЬ ЗА ДИТИНОЮ”**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№**  **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 дня (при наявності повного пакету документів) |
| 4. | Призначення (відмова в призначенні) заявленої допомоги | Спеціаліст сектору призначення та перерахунків відділу соціальних допомог | 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 | в | Протягом 1 дня |
| 6. | Перевірка рішень щодо призначення (відмови), перерахунку заявленої допомоги, правильності нарахувань | Спеціаліст сектору контрольно-перевірочної роботи відділу соціальних допомог | в | Протягом 1 дня |
| 7. | Візування та повернення особових справ архіваріусу відділу | Спеціаліст сектору контрольно-перевірочної роботи відділу соціальних допомог | 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 | в | Протягом 1 дня |
| 9 | Повідомлення заявника про призначення (відмову) соціальної допомоги | Спеціаліст - архіваріус сектору обслуговування громадян відділу соціальних допомог | 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) |