ЗАТВЕРДЖУЮ

 Директор департаменту соціальної

 політики Житомирської міської ради

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

 **«\_\_\_\_\_\_» лютого 2025 року**

**ТИПОВА ІНФОРМАЦІЙНА КАРТКА**

**адміністративної послуги**

**„ПРИЗНАЧЕННЯ КОМПЕНСАЦІЙ ТА ДОПОМОГИ ДІТЯМ, ЯКІ ПОТЕРПІЛИ ВІД ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ, ДІТЯМ З ІНВАЛІДНІСТЮ, ІНВАЛІДНІСТЬ ЯКИХ ПОВ’ЯЗАНА З ЧОРНОБИЛЬСЬКОЮ КАТАСТРОФОЮ, ТА ЇХНІМ БАТЬКАМˮ**

\_\_**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,55Фактичне 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 17.30Обідня 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. 55тел./факс (+38097) 3569587boguniya1826@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 6842103215@zt-rada.gov.ua 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 [21.05.1992 № 258 „Про норми харчування та часткову компенсацію вартості продуктів для осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи”](http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/258-92-%D0%BF), від 08.02.1997 № 155 „Про порядок та розміри компенсаційних виплат дітям, які потерпіли внаслідок Чорнобильської катастрофи”, від [12.07.2005 № 562 „Про щорічну допомогу на оздоровлення громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи”](http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/562-2005-%D0%BF), 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  | Встановлення статусу дитини, яка потерпіла від Чорнобильської катастрофи (посвідчення серії Д), дитини з інвалідністю внаслідок Чорнобильської катастрофи (вкладка до посвідчення дитини з інвалідністю, пов’язаною з наслідками Чорнобильської катастрофи) |
| 8 | Перелік документів, необхідних для надання (отримання) адміністративної послуги | Для призначення компенсації та допомоги дітям, які потерпіли від Чорнобильської катастрофи, дітям з інвалідністю внаслідок Чорнобильської катастрофи та їхнім батькам подається: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 свідоцтва про народження;копія посвідчення дитини, яка потерпіла від Чорнобильської катастрофи (посвідчення серії Д), дитини з інвалідністю внаслідок Чорнобильської катастрофи (вкладка до посвідчення дитини з інвалідністю, пов’язаною з наслідками Чорнобильської катастрофи);копія паспорта батька та / або матері;копія посвідчення особи, яка постраждала внаслідок Чорнобильської катастрофи, що підтверджує статус батька та / або матері, віднесених до категорій 1, 2 та 3, що має право на пільги відповідно до законодавства (за наявності);копія довідки про присвоєння батьку та / або матері (для дітей з неповних сімей) реєстраційного номера облікової картки платника податків або серія та номер паспорта з відміткою про відмову від прийняття такого номера.Для призначення та виплати грошової компенсації батькам потерпілих від Чорнобильської катастрофи дітей, які не харчуються в загальноосвітніх навчальних закладах, розташованих на територіях радіоактивного забруднення, та дітей з інвалідністю внаслідок Чорнобильської катастрофи, додатково подаються:довідка з закладу освіти про те, що дитина не відвідувала заклад освіти протягом відповідного періоду (за необхідності);довідка про те, що навчання потерпілої дитини здійснюється в домашніх умовах, але дитина перебуває в обліковому складі закладу освіти (за необхідності);довідка про те, що дитині необхідна спеціальна дієта і вона не може харчуватися за місцем навчання (за необхідності);довідка про те, що в закладі освіти відсутні умови для харчування дітей (за необхідності);довідка про те, що у закладі освіти не забезпечено безоплатне харчування дітей (за необхідності);довідка про те, що у закладі освіти організовано освітній процес із використанням технологій дистанційного навчання (на період карантину, що не передбачає відвідування закладів освіти її здобувачами).Для призначення та виплати щорічної допомоги на оздоровлення дитині, яка втратила внаслідок Чорнобильської катастрофи одного з батьків, додатково подаються:копія свідоцтва про смерть особи, яка постраждала внаслідок Чорнобильської катастрофи, батька або матері;експертний висновок відповідної МЕК щодо встановлення причинного зв’язку хвороб, інвалідності і смерті з дією іонізуючого випромінювання та інших шкідливих чинників внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС; копія посвідчення померлої особи, яка постраждала внаслідок Чорнобильської катастрофи, батька або матері |
| 9 | Спосіб подання документів, необхідних для отримання адміністративної послуги  | Заява та документи, необхідні для призначення компенсацій та допомоги дітям, які потерпіли від Чорнобильської катастрофи, дітям з інвалідністю, інвалідність яких пов’язана з Чорнобильською катастрофою, та їхнім батькам (далі – компенсації та допомога), 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 | Компенсації та допомога не надаються у разі:подання встановленого переліку документів не в повному обсязі;зміни місця реєстрації;втрати статусу особи, яка постраждала внаслідок Чорнобильської катастрофи, що підтверджує статус батька та/або матері, віднесених до категорій 1, 2 та 3; статусу дитини, яка потерпіла від Чорнобильської катастрофи |
| 13 | Результат надання адміністративної послуги | Призначення компенсацій та допомоги / відмова у призначенні компенсацій та допомоги |
| 14 | Способи отримання відповіді (результату) | Повідомлення про призначення компенсацій та допомоги (відмова у призначенні) видається (надсилається поштою) одержувачу. Виплату компенсацій та допомоги 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 компенсацій та допомоги, 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 КОМПЕНСАЦІЙ ТА ДОПОМОГИ ДІТЯМ, ЯКІ ПОТЕРПІЛИ ВІД ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ, ДІТЯМ З ІНВАЛІДНІСТЮ, ІНВАЛІДНІСТЬ ЯКИХ ПОВ’ЯЗАНА З ЧОРНОБИЛЬСЬКОЮ КАТАСТРОФОЮ, ТА ЇХНІМ БАТЬКАМˮ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Етапи послуги | Відповідальнапосадоваособа 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 | 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) |