|  |
| --- |
| ЗАТВЕРДЖУЮ:В.о. директора департаменту соціальної політики Житомирської міської ради Л.І.Ліпінська«14» вересня 2018 року |

**інформаційна картка адміністративної послуги**

**Призначення грошової компенсації вартості проїзду до санаторно-курортного закладу і назад особам з інвалідністю внаслідок війни та прирівняним до них особам**

(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’єкта надання адміністративної послуги/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 10003, м.Житомир, вул. Перемоги,55**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 10003, м.Житомир, вул. Перемоги,55Управління соціального захисту населення Корольовського району департаменту соціальної політики Житомирської міської ради 10009, м.Житомир, площа Польова,8 Понеділок - п’ятниця, з 9-00 до 18-00,Обідня перерва з 13.00 до 14.00  |
| **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 (0412) 42-50-14boguniya1826@ukr.net Управління соціального захисту населення Корольовського району департаменту соціальної політики Житомирської міської ради тел./факс (0412) 33-10-44upsznkorzt@ukr.net |
| **Нормативні акти, якими регламентується надання адміністративної послуги** |
| **4.** | Закони України  | Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» |
| **5.** | Акти Кабінету Міністрів України  | Постанова Кабінету Міністрів України від 25.11.2015 р.№ 969 «Про внесення змін до порядків затверджених Постановами Кабінету Міністрів України від 17.06.2004 №785 і від 7 лютого 2007 Р. №150» |
| **6.** | Акти центральних органів виконавчої влади  | - |
| **7.** | Акти місцевих органів виконавчої влади/ органів місцевого самоврядування  | - |
| **Умови отримання адміністративної послуги** |
| **8.** | Підстава для одержання адміністративної послуги | Особи з інвалідністю внаслідок війни; |
| **9.** | Вичерпний перелік документів, необхідних для отримання адміністративної послуги, а також вимоги до них | - заява ;- копія паспорта;- проїзні квитки (двічі до санаторію і двічі в зворотньому напряму) у транспорті загального користування ( залізничному та автомобільному) |
| **10.** | Порядок та спосіб подання документів, необхідних для отримання адміністративної послуги | Особисто заявником, законним представником або представником, який діє на підставі виданої йому довіреності, оформленої у відповідності з вимогами чинного законодавства. |
| **11.** | Платність (безоплатність) надання адміністративної послуги | *Послуга надається безоплатно.* |
| **12.** | Строк надання адміністративної послуги |  Протягом 30 робочих днів. Виплата здійснюється за рахунок коштів державного бюджету в межах видатків, передбачених на зазначену мету, в міру надходження коштів. |
| **13.** | Перелік підстав для відмови у наданні адміністративної послуги | Ненадання повного та належно оформленого пакету документів. |
| **14.** | Результат надання адміністративної послуги | Призначення грошової компенсації. |
| **15.** | Способи отримання відповіді (результату) | Інформування заявника про виплату  грошової компенсації у письмовій формі або в телефонному режимі. |
| **16.** | Примітка | - |

**Технологічна картка адміністративної послуги**

Призначення грошової компенсації вартості проїзду до санаторно-курортного закладу і назад особам з інвалідністю внаслідок війни та прирівняним до них особам

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№****з/п** | **Етапи послуги** | **Відповідальна посадова особа структурний підрозділ** | **Дія****(В,У,П,З)** | **Термін виконання****(днів)** |
| 1 | Прийом заяви та визначеного пакету документів для призначення компенсації | Спеціаліст відділу з питань обслуговування осіб з інвалідністю, ветеранів війни та праці  | В | У день подачі заяви |
| 2 | Перевірка повноти пакету поданих документів та достовірності даних | Спеціаліст відділу з питань обслуговування осіб з інвалідністю, ветеранів війни та праці | В | У день подачі заяви |
| 3 | Опрацювання документів  | Спеціаліст відділу з питань обслуговування осіб з інвалідністю, ветеранів війни та праці | В | До 1 дня |
| 4 | Візування заяви та завірення доданих документів  | Заступник директора департаменту, начальник управління/заступник начальника управління | З | До 3 днів |
| 5 | Формування виплатних документів | Спеціаліст відділу з питань обслуговування осіб з інвалідністю, ветеранів війни та праці | В | До 1 днів |
| 6 | Виплата грошової компенсації | Обласний центр по нарахуванню та здійсненню соціальних виплат | У | До 30 днів |
| Загальна кількість днів надання послуги | до 30 днів |
| Загальна кількість днів (передбачена законодавством ) | до 30 днів |

Умовні позначки:

**В –** виконує,

**У –** бере участь,

**П –** погоджує,

**З –** затверджує

|  |
| --- |
| **Заступнику директора департаменту, начальнику управління соціального захисту населення \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ району департаменту соціальної політики Житомирської міської ради****від \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****адреса \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****особи з інвалідністю внаслідок війни \_\_\_\_\_\_\_групи** |

ЗАЯВА

Прошу виплатити мені (особі з інвалідністю внаслідок війни) компенсацію вартості проїзду до санаторно –курортного закладу та назад транспортом загального користування (залізничним та автомобільним) згідно з поданими проїзними квитками.

До заяви додаю :

1. Копію посвідчення, яке підтверджує статус особи,
2. Копію 1,2,11 сторінок паспорта,
3. Проїзні квитки.

Даю згоду на обробку моїх персональних даних для внесення їх до бази персональних даних.

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

 (дата) (підпис заявника)

Заяву та документи на \_\_\_\_\_\_\_\_\_аркушах прийнято \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_р.

Спеціаліст \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (підпис) (прізвище та ініціали уповноваженої особи)