**ЗАТВЕРДЖУЮ:**

Директор департаменту соціальної політики Житомирської міської ради

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**В.В. Краснопір

 «23» січня 2020 року

**ІНФОРМАЦІЙНА КАРТКА**
**адміністративної послуги**

### «Надання послуг із професійної адаптації учасників антитерористичної операції, осіб, які здійснювали заходи із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях, та постраждалих учасників Революції Гідності»

**Департамент соціальної політики Житомирської міської ради**

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

**Управління соціального захисту населення Корольовського району)**

|  |
| --- |
| **Інформація про суб’єкта надання адміністративної послуги/Центр надання адміністративних послуг** |
| 1. | Місцезнаходження суб’єкта надання адміністративної послуги/Центру надання адміністративних послуг  | **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  | Понеділок - п’ятниця з 9-00 до 18-00Обідня 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, kab109@ukr.net Управління соціального захисту населення Корольовського району департаменту соціальної політики Житомирської міської ради тел./факс (0412) 33-10-4442103215@ mail.gov.ua |
| Нормативні акти, якими регламентується надання адміністративної послуги |
| 4. | Закон України | Закон України «Про освіту» |
| 5. | Акти Кабінету Міністрів України  | 1. Постанова Кабінету Міністрів України від 31.03.2015 № 179 “Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для здійснення заходів із соціальної та професійної адаптації учасників антитерористичної операції, осіб, які здійснювали заходи із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях, та постраждалих учасників Революції Гідності”; 2. Постанова Кабінету Міністрів України від 21.06.2017 № 432 “Про затвердження Порядку організації соціальної та професійної адаптації учасників антитерористичної операції, осіб, які здійснювали заходи із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях, та постраждалих учасників Революції Гідності”. |
| Умови отримання адміністративної послуги |
| 6. | Підстава для одержання адміністративної послуги | Звернення осіб, які зареєстровані або проживають у м. Житомирі та наявність статусів: учасник бойових дій АТО/ООС, осба з інвалідністю внаслідок війни з числа учасників АТО/ООС, учасника війни з числа учасників АТО/ООС, постраждалий учасник Революції Гідності |
| 7. | Вичерпний перелік документів, необхідних для отримання адміністративної послуги, а також вимоги до них | 1.Письмова заява встановленого зразка до органу соціального захисту населення за місцем реєстрації або за місцем фактичного проживання (перебування);2.Копія індивідуальної програми реабілітації (для осіб з інвалідністю внаслідок війни);3.Копія посвідчення учасника бойових дій або інваліда війни, або учасника війни, або постраждалого учасника Революції Гідності, засвідчена підписом особи.4.Копія документа, що підтверджує: - для учасників АТО - безпосередню участь в антитерористичній операції або забезпеченні її проведення з перебуванням безпосередньо в районах проведення АТО у період її проведення, що засвідчується підписом особи; - для учасників ООС - участь у здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації в Донецькій та Луганській областях, забезпеченні їх здійснення, що засвідчується підписом особи. |
| 8. | Порядок та спосіб подання документів, необхідних для отримання адміністративної послуги | Особисто заявником |
| 9. | Платність (безоплатність) надання адміністративної послуги | безоплатно |
| 10. | Строк надання адміністративної послуги | Строк професійної адаптації визначається робочими навчальними планами та робочими навчальними програмами (професійне навчання за робітничими професіями не більше 12 місяців), а навчання на курсах цільового призначення не більше 500 годин. |
| 11. | Перелік підстав для відмови у наданні адміністративної послуги | Послуга з професійного навчання надається одноразово. |
| 12. | Результат надання адміністративної послуги | Видача направлення до міського центру зайнятості на професійну орієнтацію щодо вибору напряму професійного навчання за встановленою формою;Видача направлення на професійне навчання з урахуванням висновків професійної орієнтації за встановленою формою. |
| 13. | Способи отримання результату | Особисто заявнику |
| 14. | Примітка | - |

**Технологічна картка**

### Надання послуг із професійної адаптації постраждалих учасників Революції Гідності та учасників антитерористичної операції, осіб, які здійснювали заходи із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях,

### та постраждалих учасників Революції Гідності

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№****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  | Спеціаліст спеціаліст відділу з питань обслуговування осіб з інвалідністю, ветеранів війни та праці  | В | Протягом 1 дня |
| 2. | реєструє заяву у журналі, що ведеться за встановленою формою | Спеціаліст спеціаліст відділу з питань обслуговування осіб з інвалідністю, ветеранів війни та праці  | В  | Протягом 1 дня |
| 3. | Видає направлення до міського центру або іншої установи на професійну орієнтації щодо вибору напряму професійного навчання за встановленою формою  | Спеціаліст спеціаліст відділу з питань обслуговування осіб з інвалідністю, ветеранів війни та праці  | В | Протягом 1 дня |
| 4. | Видає направлення на професійне навчання з урахуванням висновків професійної орієнтації за встановленою формою | Спеціалісти спеціаліст відділу з питань обслуговування осіб з інвалідністю, ветеранів війни та праці  | В | Протягом 1 дня |
| Загальна кількість днів надання послуги - | **20** |
| Загальна кількість днів (передбачена законодавством) - |  **20днів** |

*Умовні позначки: В-виконує, У- бере участь, П - погоджує, З – затверджує.*

|  |
| --- |
| Заступнику директора, начальнику управління соціального захисту населення \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ районудепартаменту соціальної політики Житомирської міської ради |

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

(ініціали та прізвище)

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

(прізвище, ім’я, по батькові учасника антитерористичної операції, постраждалого учасника Революції Гідності)

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

(місце проживання, номер посвідчення)

ЗАЯВА
про надання послуг із соціальної та професійної адаптації

Прошу направити мене до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(найменування підприємства, установи, організації)

для проходження професійного навчання за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(назва професії, спеціальності, спеціалізації)

Додаток. 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

 (прізвище, ім’я, по батькові)

використання та обробку персональних даних за умови забезпечення їх захисту відповідно до вимог Закону України “Про захист персональних даних” та на проходження професійної орієнтації.

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

 (підпис)

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

(відривний корінець)

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

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

 (підпис) (ініціали та прізвище відповідальної особи)

МП