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

###  Інформаційна картка адміністративної послуги

### Надання психологічної реабілітації та виплата грошової компенсації вартості проїзду до суб’єктів надання послуг для проходження психологічної реабілітації та назад учасників антитерористичної операції

### та постраждалих учасників Революції Гідності

###  (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 18-00Обідня 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) 33-11-44upsznkorzt@ukr.net |
| **Нормативні акти, якими регламентується надання адміністративної послуги** |
| **4.** | Закони України |  |
| **5.** | Акти Кабінету Міністрів України |  Постанова Кабінету Міністрів України від 12.07.2017 № 497 «Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для здійснення заходів із психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції та постраждалих учасників Революції Гідності»  Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1057 «Про затвердження Порядку проведення психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції та постраждалих учасників Революції Гідності” Постанова Кабінету Міністрів України від 23.08.2016 № 528 «Про затвердження Порядку виплати грошової компенсації вартості проїзду учасників антитерористичної операції до реабілітаційних установ для проходження психологічної реабілітації та назад» |
| **6.** | Акти центральних органів виконавчої влади |  Наказ Міністерства соціальної політики України від 26.04.2018 № 591 «Про встановлення граничної вартості послуг із психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції та постраждалих учасників Революції Гідності у 2018 році» Наказ Міністерства соціальної політики України від 27.04.2018 № 597 «Про затвердження Вимог до суб’єктів надання послуг із психологічної реабілітації та форми акта наданих послуг із психологічної реабілітації за рахунок бюджетних коштів» |
| **7.** | Акти місцевих органів виконавчої влади/ органів місцевого самоврядування | - |
| **Умови отримання адміністративної послуги** |
| **8.** | Підстава для одержання адміністративної послуги | *(фактичні підстави та умови)*Учасники антитерористичної операції з числа осіб, яким встановлено один з таких статусів:- учасник бойових дій;- особа з інвалідністю внаслідок війни;- учасник війни Постраждалі учасники Революції Гідності |
| **9.** | Вичерпний перелік документів, необхідних для отримання адміністративної послуги, а також вимоги до них | 1) заява довільної форми до органу соціального захисту населення за місцем реєстрації або за місцем фактичного проживання (перебування);2) посвідчення учасника бойових дій, або особи з інвалідністю внаслідок війни, або учасника війни;3) документ, що підтверджує безпосередню участь в антитерористичній операції або забезпеченні її проведення з безпосереднім перебуванням в районах антитерористичної операції у період її проведення;4) паспорт громадянина України.Орган соціального захисту населення відшкодовує вартість проїзду до суб’єкта надання послуг та назад учаснику антитерористичної операції на підставі наступних документів:1) заяви;2) оригіналу проїзних документів;3) заповненого суб´єктом надання послуг відривного корінця направлення на психологічну реабілітацію;4) документу, що підтверджує особу та місце проживання особи. |
| **10.** | Порядок та спосіб подання документів, необхідних для отримання адміністративної послуги | Особисто |
| **11.** | Платність (безоплатність) надання адміністративної послуги | безоплатно |
| **12.** | Строк надання адміністративної послуги | Строки надання послуг із психологічної реабілітації визначаються індивідуально для кожного отримувача послуг залежно від його потреб, узгоджуються з отримувачем послуг або його законним представником після комплексного визначення індивідуальних потреб і зазначаються в індивідуальному плані.У разі надання послуг із психологічної реабілітації без забезпечення харчування та проживання тривалість курсу не перевищує 40 облікових одиниць (60 хвилин роботи надавача послуг, при цьому:індивідуальна послуга із психологічної реабілітації надається отримувачу послуги за відсутності сторонніх осіб тривалістю не більше 90 хвилин на добу;групова послуга із психологічної реабілітації надається групі отримувачів послуг у складі не більше ніж 10 осіб, заняття триває не більше ніж 180 хвилин на добу.)У разі проходження психологічної реабілітації в стаціонарних умовах тривалість курсу не перевищує 18 днів.Мінімальний термін проходження психологічної реабілітації отримувачем  без організації харчування та проживання або в стаціонарних умовах не перевищує часу, необхідного для проходження психологічної діагностики, психологічної просвіти та інформування.Рішення про відшкодування вартості проїзду до суб’єктів надання послуг і назад приймається органом СЗН протягом 10 робочих днів з дати надходження документів. |
| **13.** | Перелік підстав для відмови у наданні адміністративної послуги | 1) відмова отримувача послуг або його законного представника від отримання послуг;2) досягнення в результаті надання послуг із психологічної реабілітації поставленої мети;3) закінчення строку дії Договору;4) невиконання умов Договору та / або порушення умов такого Договору, що поставило під загрозу життя чи здоров’я інших отримувачів чи надавачів послуг (насилля, агресивна поведінка, зберігання зброї чи наркотичних засобів, заборонених законодавством, гострий психічний розлад тощо);5) наявність медичних протипоказань для надання послуг;6) порушення правил внутрішнього розпорядку, встановлених суб’єктом надання послуг;7) перебування в стані алкогольного чи наркотичного сп’яніння;8) смерть отримувача послуг.Недостовірність поданих документів або звернення за виплатою компенсації надійшло пізніше ніж через 90 календарних днів із зазначеної в проїзному документі дати закінчення поїздки. |
| **14.** | Результат надання адміністративної послуги | Укладання трьохстороннього договору.Отримання коштів грошової компенсації на банківську установу або через УДП «Укрпошта» |
| **15.** | Способи отримання результату |  Особисто заявнику |
| **16.** | Примітка | - |

|  |
| --- |
|  ТЕХНОЛОГІЧНА КАРТКА адміністративної послугиНадання психологічної реабілітації та виплата грошової компенсації вартості проїзду до суб’єктів надання послуг для проходження психологічної реабілітації та назад учасників антитерористичної операціїта постраждалих учасників Революції Гідності  |
| № п/п | Етапи послуги | Відповідальна посадова особа | Структурний підрозділ | Дія В – виконує, У – бере участь, П – погоджує,З – затверджує | Строк виконання  |
| 1 |  Прийом і перевірка повноти пакету документів | Провідний спеціаліст  | Відділ з питань обслуговування осіб з інвалідністю, ветеранів війни та праці  | В | 1 день |
| 2 | Реєстрація заяви  | Провідний спеціаліст  | Відділ з питань обслуговування осіб з інвалідністю, ветеранів війни та праці  | В | 1 день |
| 3 |  Затвердження документів | Начальник управління | Управління соціального захисту населення | З | 1 день |
| 4 | Видача направлення на психологічну реабілітацію до реабілітаційної установи | Провідний спеціаліст  | Відділ з питань обслуговування осіб з інвалідністю, ветеранів війни та праці  | В | 1 день |
| 5 | Після закінчення реабілітації реабілітаційна установа у 5-денний строк з дня завершення реабілітації надсилає управлінню заповнений корінець направлення | Реабілітаційна установа  | Управління соціального захисту населення | В | 5 днів |

Загальна кількість днів надання адміністративної послуги 30 днів.

Загальна кількість днів (передбачена законодавством) 30 днів.

Механізм оскарження:

1. Відповідно до вимог ст. 16-18 Закон України «Про звернення громадян» результат надання адміністративної послуги може бути оскаржений

|  |
| --- |
| 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

Прошу направити мене до\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (найменування підприємства, установи, організації)

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

для отримання послуг із психологічної реабілітації

Додаток:

1) посвідчення учасника бойових дій, або особи з інвалідністю внаслідок війни, або учасника війни;

2) документ, що підтверджує безпосередню участь в антитерористичній операції або забезпеченні її проведення з безпосереднім перебуванням в районах антитерористичної операції у період її проведення;

3) паспорт громадянина України.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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”.

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

(підпис)

|  |
| --- |
| 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

ЗАЯВА

Прошу виплатити мені компенсацію вартості проїзду до реабілітаційної установи та назад \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

 (найменування підприємства, установи, організації)

Про прийняте рішення прошу повідомити \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (електронною поштою або на паперовому носії)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Суму коштів прошу перерахувати \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (банківський рахунок або пошта)

Додаток:

1) оригіналу проїзних документів;

2) заповнений суб´єктом надання послуг відривний корінець направлення на психологічну реабілітацію із зазначення строків проведення;

3) копія документу, що підтверджує особу та місце проживання.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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”.

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

(підпис)