


Згідно з вимогами ISO 9001 Введено в дію з 31.05.2024		A-13.5-75 Версія 02	
Тернопільська міська рада			
ІНФОРМАЦІЙНА КАРТКА Призначення одноразової компенсації батькам померлого учасника ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС, смерть якого пов'язана з Чорнобильською катастрофою.			
Розробив: Управління соціальної політики			
ПОГОДИВ		ЗАТВЕРДЖУЮ	
Начальник управління соціальної політики		Міський голова	
Віталій ХОРКАВИЙ		Сергій НАДАЛ	



СЕД АСКОД - Тернопільська міська рада
№ документа: ІК А-13.5-75
Дата реєстрації: 29.05.2024 10:41
Сертифікат: 3FAA9288358EC003040000003B2A360085C7B400
Дійсний з: 16.03.2023 14:39:01
Дійсний до: 16.03.2025 14:39:01
Підписувач: Хоркавий Віталій Володимирович
Мітка часу: 31.05.2024 09:25:42



СЕД АСКОД - Тернопільська міська рада
№ документа: ІК А-13.5-75
Дата реєстрації: 29.05.2024 10:41
Сертифікат: 26B2648ADD3032E1040000005BB92800D350AE00
Дійсний з: 21.12.2022 17:01:04
Дійсний до: 21.12.2024 17:01:04
Підписувач: Надал Сергій Віталійович
Мітка часу: 03.06.2024 22:37:56

1.	СНАП (місцезнаходження (адреса), режим роботи, довідковий телефон, адреса електронної пошти та веб-сайту)	Управління соціальної політики вул. Миколи Лисенка, 8, м. Тернопіль, 46002, каб. № 14 Режим роботи: понеділок-четвер: з 8.00 год. до 17.15 год., п'ятниця - з 8:00 год. до 16:00 год., перерва з 13:00 год. до 14:00 год., субота, неділя-вихідні дні. Телефон (067) 2010716 ternopil@sobes-ter.gov.ua http://www.rada.te.ua
2.	Вичерпний перелік документів, необхідних для отримання послуг, що передбачені законом, та вимоги до них	1. Заява про призначення усіх видів соціальної допомоги, компенсацій та пільг, форма якої затверджується Мінсоцполітики. 2. Копія свідоцтво про смерть. 3. Копія документа, що підтверджує статус громадянина з числа осіб, віднесених до учасників ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС. 4. Копія експертного висновку міжвідомчої експертної комісії з установлення причинного зв'язку хвороби, інвалідності та смерті з дією іонізуючого випромінювання та інших шкідливих чинників внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС або військово-лікарської комісії, що діє в системі МВС, СБУ чи Міноборони.

		<p>5. Копія свідоцтво про народження особи-учасника ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС у разі зміни прізвища, імені та по батькові документи, що підтверджують їх зміну; рішення суду, що набрало законної сили, про встановлення факту родинних відносин (у разі потреби).</p> <p>6. Копія довідки заявника про присвоєння реєстраційного номера облікової картки платника податків або серія та номер паспорта з відміткою про відмову від прийняття такого номера</p>
3.	Порядок та спосіб подання документів	Особисто або законним представником з пред'явленням оригіналів паспорта та відповідних документів, що повертаються заявнику представником управління соціальної політики
4.	Платність (безоплатність) послуги, розмір та порядок внесення плати (адміністративного збору) за платну послугу, розрахунковий рахунок для внесення плати	Безкоштовно
5.	Строк надання послуги	10 днів
6.	Результат надання послуги	Рішення про призначення компенсації або відмова у призначенні компенсації
7.	Спосіб і місце отримання відповіді (результату послуги)	Особисто або законним представником в управлінні соціальної політики або засобами поштового зв'язку
8.	Перелік підстав для відмови у наданні послуги	<p>1. Документи подані не в повному обсязі.</p> <p>2. Відсутність права на одержання компенсації, допомоги.</p> <p>3. Зміна місця реєстрації</p>
9.	Акти законодавства, що регулюють порядок та умови надання послуги (пункти, статті, розділи тощо, назва та реквізити законодавчих актів)	<p>1. Ст. 48 Закону України «Про статус та соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи».</p> <p>2. Постанова КМУ 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» (із змінами та доповненнями).</p> <p>3. Постанова КМ України від 26.10.2016 № 760 «Про затвердження Порядку виплати одноразової компенсації за шкоду, заподіяну внаслідок Чорнобильської катастрофи, інших ядерних аварій, випробувань, військових навчань із застосуванням ядерної зброї, та щорічної допомоги на оздоровлення деяким категоріям громадян».</p> <p>4. Постанова КМ України від 14.05.2015 № 285 «Про компенсаційні виплати особам, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи,</p>

		та визнання такими, що втратили чинність, деяких постанов Кабінету Міністрів України».
10.	Додаткова інформація	Виплата компенсації здійснюється по мірі надходження коштів. Виплату отримати через банківські установи

*До інформаційної картки долучається форма заяви.

(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) *(азначити 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 одиницями 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 одиницями 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 I групи	
Допомога особам з інвалідністю II групи	
Допомога особам з інвалідністю III 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 одиницями малозабезпеченим особам, які за висновком лікарсько-консультативної комісії закладу охорони здоров'я потребують постійного стороннього догляду (крім осіб з інвалідністю I групи)	
Допомога на догляд малозабезпеченим особам з інвалідністю підгрупи А I групи	
Допомога на догляд малозабезпеченим особам з інвалідністю підгрупи Б I групи	
Допомога на догляд одиницями 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 I 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 перерахун-ку 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 (вказати 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
підкреслити):

влади / органу місцевого самоврядування (потрібне

_____ (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)