


Згідно з вимогами ISO 9001 Введено в дію з 19.04.2024		A-13.5-78 Версія 02	
Тернопільська міська рада			
ІНФОРМАЦІЙНА КАРТКА Призначення грошової компенсації вартості самостійного санаторно-курортного лікування осіб з інвалідністю			
Розробив: Управління соціальної політики			
ПОГОДИВ		ЗАТВЕРДЖУЮ	
Начальник управління соціальної політики Віталій ХОРКАВИЙ		Міський голова Сергій НАДАЛ	



СЕД АСКОД - Тернопільська міська рада
№ документа: ІК А-13.5-78
Дата реєстрації: 17.04.2024 12:47
Сертифікат: 3FAA9288358EC003040000003B2A360085C7B400
Дійсний з: 16.03.2023 14:39:01
Дійсний до: 16.03.2025 14:39:01
Підписувач: Хоркавий Віталій Володимирович
Мітка часу: 18.04.2024 15:26:16



СЕД АСКОД - Тернопільська міська рада
№ документа: ІК А-13.5-78
Дата реєстрації: 17.04.2024 12:47
Сертифікат: 26B2648ADD3032E1040000005BB92800D350AE00
Дійсний з: 21.12.2022 17:01:04
Дійсний до: 21.12.2024 17:01:04
Підписувач: Надал Сергій Віталійович
Мітка часу: 18.04.2024 18:06:41

1.	СНАП (місцезнаходження (адреса), режим роботи, довідковий телефон, адреса електронної пошти та веб-сайту)	Управління соціальної політики вул. Лисенка, 8, 46002, м. Тернопіль, каб. № 14 <i>Графік прийому громадян:</i> понеділок-четвер: з 8.00 до 17.15 год, п'ятниця: з 8.00 до 16.00 год, перерва з 13.00 до 14.00 год. Телефон: (067) 2010716 Електронна адреса: ternopil@sobes-ter.gov.ua www.rada.te.ua
2.	Вичерпний перелік документів, необхідних для отримання АП, що передбачені законом, та вимоги до них	1. Заява про призначення грошової компенсації вартості самостійного санаторно-курортного лікування осіб з інвалідністю. 2. Медична довідка форми 070/о. 3. Документ про сплату повної вартості санаторно-курортної путівки, про підтвердження проходження санаторно-курортного лікування або зворотній талон санаторно-курортної путівки строком лікування не менш як 18 днів. 3. Посвідчення особи з інвалідністю
3.	Порядок та спосіб подання документів	Особисто або законним представником
4.	Платність (безоплатність) АП	Безоплатно

5.	Строк надання	10 робочих днів
6.	Результат надання	Призначення грошової компенсації / відмова у призначенні грошової компенсації
7.	Способи отримання відповіді (результату)	Особисто або законним представником в управлінні соціальної політики, надіслано поштою(рекомендованим листом)
8.	Перелік підстав для відмови у наданні, зупинення розгляду документів	1. Неповний пакет документів. 2. Одержання безкоштовної путівки. 3. Відсутність права на одержання грошової компенсації. 4. Смерть особи з інвалідністю
9.	Акти законодавства, що регулюють порядок та умови надання (пункти, статті, розділи тощо, назва та реквізити законодавчих актів)	1. Закон України „Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні” від 06.10.2005 № 2961-IV. 2. Постанова Кабінету Міністрів України від 07.02.2007 № 150 „Про затвердження Порядку виплати деяким категоріям осіб з інвалідністю грошової компенсації замість санаторно-курортної путівки та вартості самостійного санаторно-курортного лікування”. 3. Наказ Міністерства соціальної політики України від 22.01.2018 №73 „Про затвердження форм документів щодо забезпечення структурними підрозділами з питань соціального захисту населення санаторно-курортним лікуванням осіб пільгових категорій”, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 13.02.2018 за № 163/31615

* До інформаційної картки додається форма заяви

_____ ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства
соціальної політики України
09 січня 2023 року № 3

(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*)

Звернення: первинне

повторне

число, місяць, рік

№ _____

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 одиницям 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 одиницям 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 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 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 (азначити 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)