


|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| Згідно з вимогами ISO 9001<br>Введено в дію з 14.08. 2024  |  | A-13.5-102<br>Версія 01  |   |
| Тернопільська міська рада  |  |  |  |
| <b>ІНФОРМАЦІЙНА КАРТКА</b><br>Взяття на облік для виплати компенсації вартості самостійного санаторно - курортного лікування осіб, стосовно яких встановлено факт позбавлення особистої свободи внаслідок збройної агресії проти України |  |  |  |
| Розробив: Управління соціальної політики   |  |  |  |
| <b>ПОГОДИВ</b>   |  | <b>ЗАТВЕРДЖУЮ</b>  |  |
| Начальник управління соціальної політики   |  | Міський голова   |  |
| Віталій ХОРКАВИЙ   |  | Сергій НАДАЛ   |  |
|    | СЕД АСКОД - Тернопільська міська рада<br>№ документа: ІК А-13.5-102<br>Дата реєстрації: 12.08.2024 00:00<br>Сертифікат: 3FAA9288358EC003040000003B2A360085C7B400<br>Дійсний з: 16.03.2023 14:39:01<br>Дійсний до: 16.03.2025 14:39:01<br>Підписувач: Хоркавий Віталій Володимирович<br>Мітка часу: 12.08.2024 14:09:41 |    | СЕД АСКОД - Тернопільська міська рада<br>№ документа: ІК А-13.5-102<br>Дата реєстрації: 12.08.2024 00:00<br>Сертифікат: 26B2648ADD3032E1040000005BB92800D350AE00<br>Дійсний з: 21.12.2022 17:01:04<br>Дійсний до: 21.12.2024 17:01:04<br>Підписувач: Надал Сергій Віталійович<br>Мітка часу: 13.08.2024 09:17:32 |
| 1.   | СНАП<br>(місцезнаходження (адреса), режим роботи, довідковий телефон, адреса електронної пошти та веб-сайту)   | <b>Управління соціальної політики</b><br>46002, м. Тернопіль, вул. Лисенка, 8, каб. № 14<br><i>Графік прийому громадян:</i><br>понеділок-четвер: з 8.00 до 17.15 год,<br>п'ятниця: з 8.00 до 16.00 год,<br>перерва з 13.00 до 14.00 год.<br>Телефон: (067) 2010716<br>Електронна адреса: <a href="mailto:ternopil@sobes-ter.gov.ua">ternopil@sobes-ter.gov.ua</a><br><a href="http://www.rada.te.ua">www.rada.te.ua</a>  |  |
| 2.   | Вичерпний перелік документів, необхідних для отримання АП, що передбачені законом, та вимоги до них  | 1. Заява за формою, затвердженою Мінсоцполітики.<br>2. Копія паспорта громадянина України.<br>3. Копія реєстраційного номера облікової картки платника податків.<br>4. Медична довідка форми 070/о.<br>5. Копія довідки МСЕК (для осіб з інвалідністю).<br>6. Копія документу, що встановлює факт позбавлення особистої свободи внаслідок збройної агресії проти України.<br>7. 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. | Порядок та спосіб подання документів  | Особисто або законним представником  |
| 4. | Платність (безоплатність) АП  | Безоплатно   |
| 5. | Строк надання   | 10 робочих днів<br>(у порядку черговості в межах коштів, передбачених на зазначену мету в державному бюджеті на поточний рік)  |
| 6. | Результат надання   | Рішення про взяття на облік для виплати компенсації вартості самостійного санаторно - курортного лікування осіб, стосовно яких встановлено факт позбавлення особистої свободи внаслідок збройної агресії проти України або відмова у взятті на облік для виплати компенсації вартості самостійного санаторно - курортного лікування  |
| 7. | Способи отримання відповіді (результату)  | Особисто або законним представником, поштовим відправленням на вказану при поданні заяви адресу (рекомендованим листом)  |
| 8. | Перелік підстав для відмови у наданні, зупинення розгляду документів  | 1. Неповний пакет документів.<br>2. Одержання безкоштовної путівки.<br>3. Відсутність права на одержання грошової компенсації.<br>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 соціальний і правовий захист осіб, стосовно яких встановлено факт позбавлення особистої свободи внаслідок збройної агресії проти України та членів їх сімей» від 26.01.2022 № 2010-ІХ.<br>2. Постанова Кабінету Міністрів України від 22.02.2006 № 187 „Про затвердження Порядку забезпечення санаторно-курортними путівками деяких категорій громадян структурними підрозділами з питань соціального захисту населення районних, районних у м. Києві держадміністрацій, виконавчими органами міських, районних у містах (у разі їх утворення (крім м. Києва) рад” (зі змінами) пункт 3.<br>3. Наказ Міністерства соціальної політики України від 09.01.2023 року № 3 „ Про затвердження форми Заяви про призначення усіх видів соціальної допомоги та компенсацій, зареєстровано в Міністерстві юстиції України 23.01.2023 за № 145/39201 |

\* 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)*

\_\_\_\_\_.  
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 |
|---|---------------------|
| <b>1. Державна допомога сім'ям з дітьми</b> |                     |
| 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   |  |
| <b>2. Державна соціальна допомога малозабезпеченим сім'ям</b>  |  |
| <b>3. Державна соціальна допомога особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю</b>  |  |
| 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   |  |
| <b>4. Державна соціальна допомога особам, які не мають права на пенсію, та особам з інвалідністю</b>   |  |
| 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) |  |
| <b>5. Компенсаційні виплати та допомога громадянам, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи</b>  |  |
| 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 |  |
| <b>6. Тимчасова державна допомога дітям, батьки яких ухиляються від сплати аліментів, не мають можливості утримувати дитину або місце проживання їх невідоме</b>  |  |
| <b>7. Соціальна допомога на дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, грошове забезпечення батькам-вихователям і прийомним батькам</b>  |  |
| <b>8. Допомога на догляд</b> (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)                                     |  |
| <b>9. Компенсаційна виплата особі, яка здійснює догляд за особою з інвалідністю I групи або особою, яка досягла 80-річного віку</b>   |  |
| <b>10. Грошова компенсація замість санаторно-курортної путівки</b>  |  |
| <b>11. Компенсація вартості самостійного санаторно-курортного лікування</b>   |  |
| <b>12. Одноразова винагорода жінці, якій присвоєно почесне звання України «Мати-героїня»</b>  |  |
| <b>13. Одноразова матеріальна допомога особі, яка постраждала від торгівлі людьми</b>   |  |
| <b>14. Допомога на поховання</b>  |  |
| <b>15. Тимчасова державна соціальна допомога непрацюючій особі, яка досягла загального пенсійного віку, але не набула права на пенсійну виплату</b>   |  |
| <b>16. Допомога на дітей, які виховуються у багатодітних сім'ях</b>   |  |

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  
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)