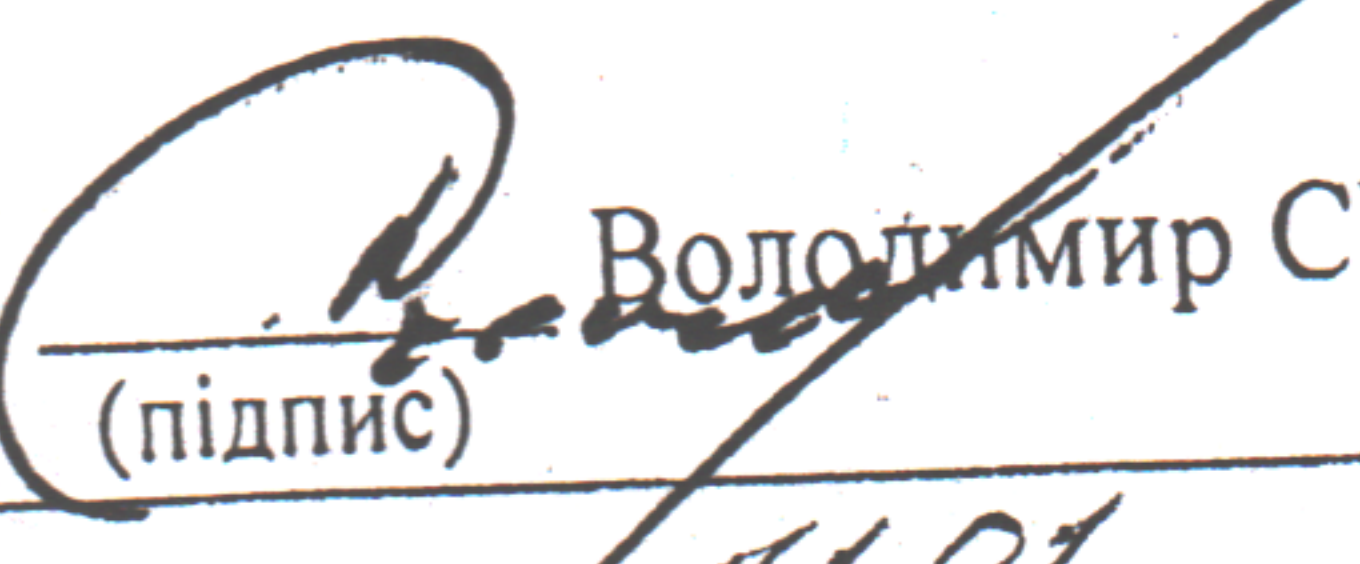
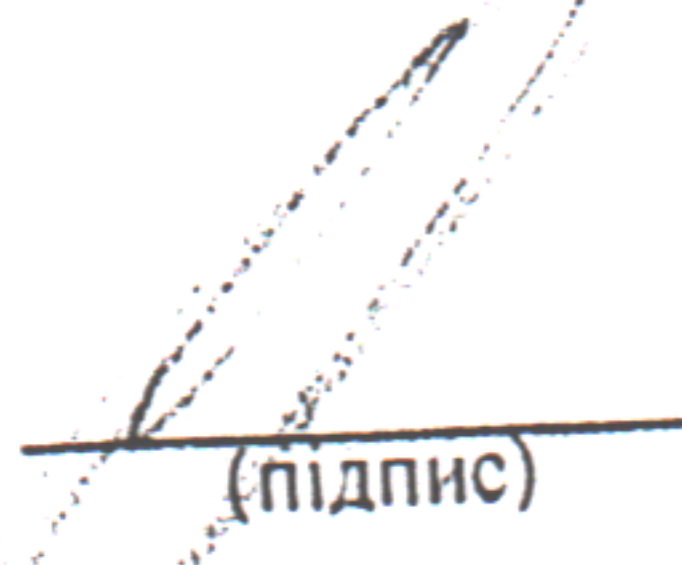
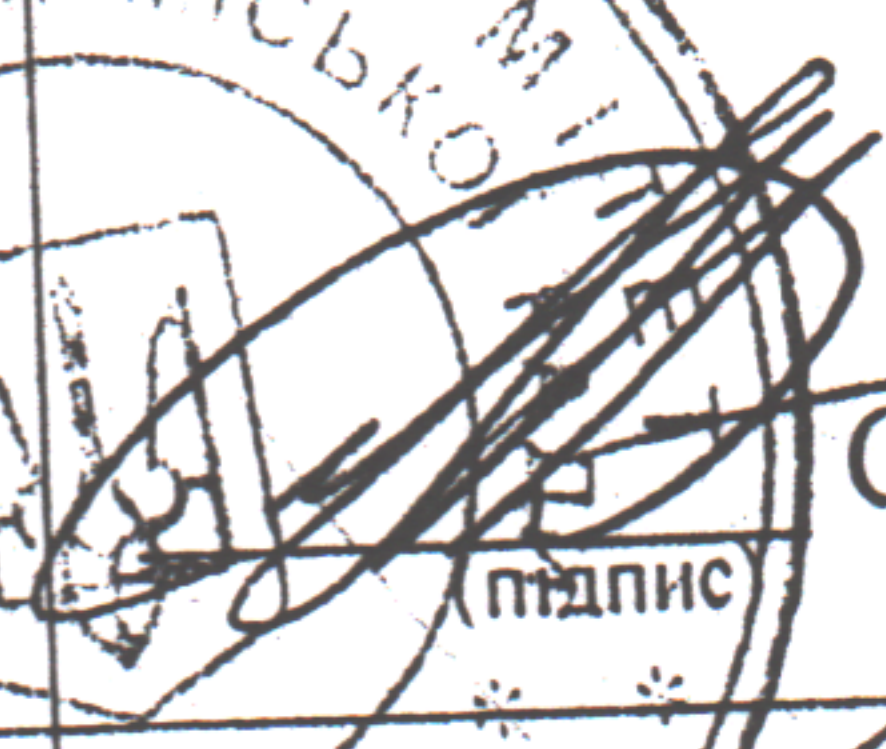


|                                                                                                                                                                        |                        |                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Згідно з вимогами ISO 9001<br>Введено в дію з <u>13.01.</u> 2021 року                                                                                                  | A-13.5-64<br>Версія 01 |  |
| Тернопільська міська рада                                                                                                                                              |                        |                                                                                     |
| <b>ІНФОРМАЦІЙНА КАРТКА</b><br>Виплата грошової компенсації вартості санаторно-курортного лікування деяким категоріям громадян<br><b>Управління соціальної політики</b> |                        |                                                                                     |

Оригінал: головний спеціаліст з питань управління якістю  
копії: згідно з реєстром розсилки (Ф – 01/П – СУЯ/01)

| РОЗРОБИВ (відповідальна<br>особа ВО за надання АП)                                                                                                                                          | ПЕРЕВІРИВ                                                                                                                                                                                                                    | ЗАТВЕРДЖУЮ                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Начальник управління<br>соціальної політики<br><br><br>Володимир СУЛИМА<br>(підпис)<br><u>11.01</u> 2021 | Заступник міського голови –<br>керуючий справами,<br>уповноважений з питань СУЯ<br><br><br>Іван ХІМЕЙЧУК<br>(підпис)<br><u>11.01</u> 2021 | Міський голова<br><br><br>Сергій НАДАЛ<br>(підпис)<br><u>12.01</u> 2021 |

|   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | СНАП<br>(місцезнаходження<br>(адреса), режим роботи,<br>довідковий телефон,<br>адреса електронної<br>пошти та веб-сайту) | Управління соціальної політики<br>м. Тернопіль, вул. Лисенка, 8, каб. № 23<br><u>Прийом громадян:</u><br>понеділок-четвер: з 8.00 до 17.15,<br>п'ятниця: з 8.00 до 16.00,<br>перерва: з 13.00 до 14.00,<br>тел. (0352) 22-04-37.<br>Ел. адреса: <a href="mailto:ternopil@sobes-ter.gov.ua">ternopil@sobes-ter.gov.ua</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 2 | Вичерпний перелік<br>документів, необхідних<br>для отримання АП, що<br>передбачені законом, та<br>вимоги до них          | <u>I. Виплата грошової компенсації замість санаторно-курортної путівки</u><br>1. Заява про виплату грошової компенсації;<br>2. Пільгове посвідчення відповідної категорії;<br>3. Довідка з місця роботи, навчання, служби про те, що протягом двох років особа не одержувала безоплатної санаторно-курортної путівки (для працюючих осіб, службовців та осіб, що навчаються).<br><u>II. Компенсація вартості самостійного санаторно-курортного лікування</u><br>1. Заява про виплату компенсації;<br>2. 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.<br>3. Пільгове посвідчення відповідної категорії. |

Копія

згідно з оригіналом



|   |                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3 | Порядок та спосіб подання документів                                                                                                            | Особисто або законним представником з пред'явленням оригіналів паспорта та пільгового посвідчення, що повертаються заявнику працівником управління соціальної політики після зняття копій                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 4 | Платність (безоплатність) АП, розмір та порядок внесення плати (адміністративного збору) за платну АП, розрахунковий рахунок для внесення плати | Безкоштовно                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 5 | Строк надання АП                                                                                                                                | 10 днів                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 6 | Результат надання АП                                                                                                                            | Рішення про право на виплату грошової компенсації або про відмову                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 7 | Спосіб і місце отримання відповіді (результату АП)                                                                                              | Особисто або законним представником в управлінні соціальної політики або засобами поштового зв'язку                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 8 | Перелік підстав для відмови у наданні АП                                                                                                        | 1. Неповний пакет документів,<br>2. Одержання безкоштовної путівки,<br>3. Відсутність права на одержання грошової компенсації                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 9 | Акти законодавства, що регулюють порядок та умови надання АП (пункти, статті, розділи тощо, назва та реквізити законодавчих актів)              | 1. П. 3 ст.12-15 Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» від 22.10.1993 р. № 3551-ХІІ;<br>2. П. 3 ст.6-1, 6-2, 6-3, 6-4 Закону України «Про жертви нацистських переслідувань» від 23.03.2000 р. № 1584-ІІІ<br>3. П. 2, 3, 4, 5, 6 Постанови Кабінету Міністрів України від 17.06.2004 № 785 «Про затвердження Порядку виплати грошової компенсації вартості санаторно-курортного лікування деяким категоріям громадян» |

\* До інформаційної картки додається форма заяви:

Копія  
згідно з оригіналом



Заповнюється: заявником/уповноваженим представником  
До органу праці та соціального захисту населення

від \_\_\_\_\_,  
зареєстрований за адресою: \_\_\_\_\_,  
проживаю за адресою: \_\_\_\_\_,  
контактний телефон \_\_\_\_\_, паспорт: серія \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,  
виданий \_\_\_\_\_  
“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ р., реєстраційний номер облікової картки платника податків або  
серія та номер паспорта з відміткою про відмову від прийняття такого номера \_\_\_\_\_, дата  
народження „ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ р.

звернення: первинне ☐ повторне ☐ номер основної особової справи

№ \_\_\_\_\_

(дата реєстрації заяви)

**ЗАЯВА**  
**про призначення усіх видів соціальної допомоги, компенсацій та пільг**  
**Прошу призначити (перерахувати)**  
(потрібне підкреслити)

|                                                                                                                                                                       |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>1. Державну допомогу сім'ям з дітьми, а саме:</b>                                                                                                                  |  |
| допомогу у зв'язку з вагітністю та пологами                                                                                                                           |  |
| допомогу при народженні дитини                                                                                                                                        |  |
| допомогу при усиновленні дитини                                                                                                                                       |  |
| допомогу на дітей, над якими встановлено опіку чи піклування                                                                                                          |  |
| допомогу на дітей одиноким матерям                                                                                                                                    |  |
| <b>2. Державну соціальну допомогу малозабезпеченим сім'ям</b>                                                                                                         |  |
| <b>3. Державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам, а саме:</b>                                                                               |  |
| допомогу інвалідам з дитинства I групи                                                                                                                                |  |
| допомогу інвалідам з дитинства II групи                                                                                                                               |  |
| допомогу інвалідам з дитинства III групи                                                                                                                              |  |
| допомогу на дітей-інвалідів віком до 18 років                                                                                                                         |  |
| надбавку на догляд за інвалідом з дитинства підгрупи А I групи                                                                                                        |  |
| надбавку на догляд за інвалідом з дитинства підгрупи Б I групи                                                                                                        |  |
| одиноким інвалідам з дитинства II і III груп, які за висновком ЛКК закладу охорони здоров'я потребують постійного стороннього догляду                                 |  |
| надбавку на догляд за дитиною-інвалідом віком до 6 років                                                                                                              |  |
| надбавку на догляд за дитиною-інвалідом віком від 6 до 18 років                                                                                                       |  |
| <b>4. Державну соціальну допомогу особам, які не мають права на пенсію, та інвалідам, а саме:</b>                                                                     |  |
| допомогу інвалідам I групи                                                                                                                                            |  |
| допомогу жінкам, яким присвоєно звання України „Мати-героїня”                                                                                                         |  |
| допомогу інвалідам II групи                                                                                                                                           |  |
| допомогу інвалідам III групи                                                                                                                                          |  |
| допомогу священнослужителям, церковнослужителям                                                                                                                       |  |
| допомогу особам, які досягли віку, що дає право на призначення допомоги                                                                                               |  |
| допомогу на догляд одиноким малозабезпеченим особам, які за висновком ЛКК закладу охорони здоров'я потребують постійного стороннього догляду (крім інвалідів I групи) |  |
| допомогу на догляд малозабезпеченим інвалідам підгрупи А I групи                                                                                                      |  |
| допомогу на догляд малозабезпеченим інвалідам підгрупи Б I групи                                                                                                      |  |
| <b>5. Компенсаційні виплати та допомоги громадянам, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи</b>                                                           |  |
| одноразову компенсацію учасникам ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС, які стали інвалідами                                                              |  |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| внаслідок Чорнобильської катастрофи                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
| одноразову компенсацію дітям, які стали інвалідами внаслідок Чорнобильської катастрофи                                                                                                                                                                                                     |  |
| одноразову компенсацію сім'ям, які втратили годувальника із числа осіб, віднесених до учасників ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС та смерть яких пов'язана з Чорнобильською катастрофою                                                                                    |  |
| щорічну допомогу на оздоровлення                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| компенсацію вартості самостійного санаторно-курортного лікування                                                                                                                                                                                                                           |  |
| компенсацію проїзду один раз на рік до будь-якого пункту України і назад автомобільним, або повітряним, або залізничним, або водним транспортом особам, віднесеним до категорій 1 та 2                                                                                                     |  |
| компенсацію 50 (25) процентів вартості продуктів харчування за медичними (фізіологічними) нормами, встановленими Міністерством охорони здоров'я України, громадянам, які віднесені до категорій 1 та 2                                                                                     |  |
| грошову компенсацію на дітей, які не харчуються в навчальних закладах, розташованих на території радіоактивного забруднення, та дітей, які є інвалідами внаслідок Чорнобильської катастрофи і не харчуються в навчальних закладах, а також за всі дні, коли вони не відвідували ці заклади |  |
| 6. Тимчасову державну допомогу дітям                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| 7. Соціальну допомогу на дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, грошове забезпечення батькам-вихователям і прийомним батькам                                                                                                                                          |  |
| 8. Допомогу на догляд (щомісячну грошову допомогу особі, яка проживає разом з інвалідом I чи II групи внаслідок психічного розладу, який за висновком лікарської комісії медичного закладу потребує постійного стороннього догляду, на догляд за ним)                                      |  |
| 9. Компенсацію як фізичній особі, яка надає соціальні послуги                                                                                                                                                                                                                              |  |
| 10. Компенсаційну виплату особі, яка здійснює догляд за інвалідом I групи або особою, яка досягла 80 років                                                                                                                                                                                 |  |
| 11. Грошову компенсацію замість санаторно-курортної путівки                                                                                                                                                                                                                                |  |
| 12. Компенсацію вартості самостійного санаторно-курортного лікування                                                                                                                                                                                                                       |  |
| 13. Пільгу на придбання твердого палива                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| 14. Пільгу на придбання скрапленого газу                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| 15. Одноразову винагороду жінці, якій присвоєно почесне звання України „Мати-героїня”                                                                                                                                                                                                      |  |
| 16. Одноразову матеріальну допомогу особі, яка постраждала від торгівлі людьми                                                                                                                                                                                                             |  |
| 17. Допомогу на поховання                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |

До заяви відповідно до законодавства додано \_\_\_\_\_ документів на \_\_\_\_\_ аркушах.  
 Прошу в разі призначення допомоги кошти готівкою перераховувати

☐ через національного оператора поштового зв'язку № \_\_\_\_\_;

☐ на рахунок у банку № \_\_\_\_\_ МФО \_\_\_\_\_ код \_\_\_\_\_

банк \_\_\_\_\_;

☐ на особовий рахунок будинку-інтернату, установи (закладу), де інвалід з дитинства або дитина-інвалід перебуває на повному державному утриманні

№ \_\_\_\_\_ МФО \_\_\_\_\_ код \_\_\_\_\_

банк \_\_\_\_\_

*Підтверджую відсутність змін у складі сім'ї (при повторному зверненні).*

*Я усвідомлюю, що наведені мною відомості про доходи та майно, що вплинули або могли вплинути на прийняте рішення щодо надання соціальної допомоги, компенсацій та пільг, будуть перевірені згідно з чинним законодавством України.*

*Мене повідомлено, що в разі зміни обставин, які можуть вплинути на отримання мною соціальної допомоги, компенсації та пільг, я зобов'язуюсь повідомити органи праці та соціального захисту населення.*

*Про відмову в призначенні або припинення виплати призначеної соціальної допомоги та/або повернення надміру нарахованих коштів у разі подання неповних чи недостовірних відомостей про доходи та майновий стан сім'ї мене попереджено.*

\_\_\_\_\_  
(підпис)

\_\_\_\_\_  
(дата)



Додаткова інформація, яка повідомляється одиноким матір'ю (підкреслити 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, вдовці) | Отримую    | Не отримую    |           |

Інформація, яка повідомляється одержувачем державної соціальної допомоги інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам щодо призначення пенсії в разі втрати годувальника:

|                                                                             |                        |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Управління Пенсійного фонду, у якому перебуває на обліку одержувач допомоги | Номер пенсійної справи |
|                                                                             |                        |

Інформація, яка повідомляється одержувачами компенсаційних виплат та допомог по догляду щодо отримання пенсій (допомог) особою, за якою здійснюється догляд:

|                                                                                                                       |                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| П. І. Б., адреса, орган, у якому перебуває на обліку одержувач пенсії (допомоги) (особа, за якою здійснюється догляд) | Номер пенсійної справи |
|                                                                                                                       |                        |

У випадку, якщо прийняття рішення щодо моєї заяви потребує окремого рішення місцевих органів виконавчої влади/місцевого самоврядування або утвореної ними комісії, прошу розглянути/не розглядати мою заяву відповідними місцевими органами виконавчої влади/місцевого самоврядування або утвореною ними комісією (потрібне підкреслити):

\_\_\_\_\_ (підпис заявника/уповноваженого представника сім'ї)

\_\_\_\_\_ (дата)

**Заповнюється відповідальною особою управління праці та соціального захисту населення**

Відомості з паспорта та поданих документів звірені.

Заяву та документи на \_\_\_\_\_ аркушах прийнято "\_\_\_\_\_" 20\_\_ р. та зареєстровано за № \_\_\_\_\_

Для розгляду заяви необхідно додати до "\_\_\_\_\_" 20\_\_ р. такі документи:

Відповідальна особа \_\_\_\_\_ Ознайомився \_\_\_\_\_  
(прізвище та підпис відповідальної особи) (підпис заявника/уповноваженого представника/власника, співвласника (наймача) житла)

**Заповнюється відповідальною особою управління праці та соціального захисту населення**

Відомості з паспорта та поданих документів звірені.

Заяву та документи на \_\_\_\_\_ аркушах прийнято "\_\_\_\_\_" 20\_\_ р. та зареєстровано за № \_\_\_\_\_

Для розгляду заяви необхідно додати до "\_\_\_\_\_" 20\_\_ р. такі документи:

Відповідальна особа \_\_\_\_\_ Ознайомився \_\_\_\_\_  
(прізвище та підпис відповідальної особи) (підпис заявника/уповноваженого представника/власника, співвласника (наймача) житла)