Згідно з вимогами ISO 9001 Введено в дію з 13.01. 2021 року	А-13.5-65 Версія 01

Тернопільська міська рада

ІНФОРМАЦІЙНА КАРТКА

Виплата деяким категоріям осіб з інвалідністю грошової компенсації замість санаторно-курортної путівки та вартості самостійного санаторно-курортного лікування

Управління соціальної політики

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

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

1	СНАП (місцезнаходження (адреса), режим роботи, довідковий телефон, адреса електронної пошти та веб-сайту)	Управління соціальної політики м. Тернопіль, вул. Лисенка, 8, каб. № 23 Прийом громадян: понеділок-четвер: з 8.00 до 17.15, п'ятниця: з 8.00 до 16.00, перерва: з 13.00 до 14.00, тел. (0352) 22-04-37. Ел. адреса: ternopil@sobes-ter.gov.ua
2	Вичерпний перелік документів, необхідних для отримання АП, що передбачені законом, та вимоги до них	1. Заява особи з інвалідністю про виплату грошової компенсації; 2. Медична довідка за формою 070-О щодо необхідності забезпечення санаторно-курортного лікуванням; 3. Документ про сплату повної вартості санаторно-курортної путівки строком лікування не менше як 18 днів, що засвідчує проходження особою з інвалідністю санаторно-курортного лікування (для виплати грошової компенсації за самостійне лікування). 4. Посвідчення особи з інвалідністю, що підтверджує її належність до категорії громадян, що мають право на виплату грошової компенсації; 5. Довідка з місця роботи (навчання) про те, що особа протягом трьох років не одержувала безоплатну санаторно-курортну путівку (для особи з інвалідністю, яка працює (навчається)).

Копія 1
згідно з оригіналом
13.01.2021

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; 2. Одержання безкоштовної путівки; 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.7 розділу VI Закону України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» від 16.12.1993 р. № 3721-XII; 2. П. 2, 3, 4, 5 Постанови 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».

*До інформаційної картки додається форма заяви:

Копія 1
згідно з оригіналом
13.01.2021

Форма заяви до А -13.5-65

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства соціальної політики України
21 квітня 2015 року № 441

***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: <u>первинне</u> ☐ <u>повторне</u> ☐ номер основної особової справи ☐

№_____

_____
(дата реєстрації заяви)

ЗАЯВА

про призначення усіх видів соціальної допомоги, компенсацій та пільг

Прошу призначити (перерахувати)

(потрібне підкреслити)

1. Державну допомогу сім’ям з дітьми, а саме:	
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	
2. Державну соціальну допомогу малозабезпеченим сім’ям	
3. Державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам, а саме:	
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	
4. Державну соціальну допомогу особам, які не мають права на пенсію, та інвалідам, а саме:	
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	
5. Компенсаційні виплати та допомоги громадянам, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи	
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 територіях 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 одинокою 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, вдівці)	**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)