

Згідно з вимогами ISO 9001
Введено в дію з 02.06.2021 року

A-13.10-69
Версія 02



Тернопільська міська рада

ІНФОРМАЦІЙНА КАРТКА

Призначення грошової компенсації замість санаторно-курортної путівки громадянам, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи.
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  Володимир СУЛИМА (підпис) 01.06.2021	Заступник міського голови – керуючий справами, уповноважений з питань СУЯ  Іван ХІМЕЙЧУК (підпис) 02.06.2021	 Міський голова Сергій НАДАЛ (підпис) 02.06.2021

1.	СНАП (місцезнаходження (адреса), режим роботи, довідковий телефон, адреса електронної пошти та веб-сайту)	Управління соціальної політики м. Тернопіль, вул. Лисенка, 8, каб.№ 28 <u>Режим роботи:</u> понеділок-четвер: з 8.00 до 17.15, п'ятниця - з 8.00 до 16.00, перерва з 13.00 до 14.00, субота, неділя-вихідні дні. Тел. (0352) 23-56-53, ternopil@sobes-ter.gov.ua http://www.rada.te.ua
2.	Вичерпний перелік документів, необхідних для отримання послуги, що передбачені законом, та вимоги до них	1. Для призначення грошової компенсації замість путівки громадяни, віднесені до категорії 1, подають наступні документи: 1. Заява про призначення усіх видів соціальної допомоги, компенсацій та пільг, затверджена Мінсоцполітики. 2. Довідка для одержання путівки на санаторно-курортне лікування за формою №070-0. 3. Копія паспорта (1,2,3,10,11 сторінки) постраждалого внаслідок Чорнобильської катастрофи, віднесеного до категорії 1. 4. Копія посвідчення постраждалого внаслідок Чорнобильської катастрофи, віднесеного до категорії 1 (із вкладкою). У разі подання заяви за місцем проживання, відмінним від зареєстрованого, громадянин (крім осіб, які переселилися з тимчасово окупованої території України чи районів проведення антитерористичної операції) додатково подає довідку, видану органом

		<p>соціального захисту населення за реєстраційним місцем проживання про те, що громадянин віднесений до категорії 1, не перебуває на обліку для забезпечення путівкою.</p> <p>II. Для виплати грошової компенсації замість путівки один із батьків дитини з інвалідністю або особа, яка їх замінює подає наступні документи:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Заява про призначення усіх видів соціальної допомоги, компенсацій та пільг, затверджена Мінсоцполітики. 2. Довідку для одержання путівки одним із батьків дитини з інвалідністю або особою, яка їх замінює, на санаторно-курортне лікування за формою 070/о (у разі наявності). 3. Копію посвідчення дитини з інвалідністю (із вкладкою) 4. Копію посвідчення громадянина, віднесеного до категорії 1 (із вкладкою), у разі наявності такого у одного з батьків дитини з інвалідністю або особи, яка їх замінює. 5. Копію свідоцтва про народження або копію паспорта дитини з інвалідністю; 6. Копію паспорта одного з батьків дитини з інвалідністю або особи, яка їх замінює. 7. Довідку про склад сім'ї або зареєстрованих у житловому приміщенні/будинку осіб. <p>У разі подання заяви за місцем проживання дитини з інвалідністю внаслідок Чорнобильської катастрофи (крім дітей, які переселилися з тимчасово окупованої території України чи районів проведення антитерористичної операції), відмінним від зареєстрованого, одним із батьків дитини з інвалідністю або особою, яка їх замінює, додатково подається довідка, видана органом соціального захисту населення за реєстраційним місцем проживання про те, що дитина з інвалідністю внаслідок Чорнобильської катастрофи, не перебуває на обліку для забезпечення путівкою.</p>
3.	Порядок та спосіб подання документів	Особисто або законним представником, одним із батьків дитини з інвалідністю або особою, яка їх замінює з пред'явленням оригіналів відповідних документів, що повертаються заявнику .
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 виплати компенсації або відмову у призначенні виплати компенсації.

7.	Спосіб і місце отримання відповіді (результату послуги)	Особисто або законним представником законним представником ,одним із батьків дитини з інвалідністю або особою, яка їх замінює в управлінні соціальної політики або засобами поштового зв'язку.
8.	Перелік підстав для відмови у наданні послуги	1.Відсутність підтверджуючих документів. 2.Відсутність права на одержання компенсації.
9.	Акти законодавства, що регулюють порядок та умови надання послуги (пункти, статті, розділи тощо, назва та реквізити законодавчих актів)	1. П. п. 24, 25 постанови КМ України від 23.11.2016 №854 «Деякі питання санаторно-курортного лікування та відпочинку громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи». 2.Постанова КМУ від 20.09.2005 року №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). 3. Постанова КМ України від 23.11.2016 №854 «Деякі питання санаторно-курортного лікування та відпочинку громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи». 4. Постанова КМ України від 08.11.2017 №838 «Про розмір середньої вартості путівки громадянам які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи». 5. Постанова КМ України від 06.06.2020 року №446 «Про внесення змін до Порядку надання щорічної грошової допомоги для компенсації вартості путівок санаторно-курортним закладам та закладам відпочинку, здійснення доплат за рахунок власних коштів, виплата грошової компенсації громадянам, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи». 6. Постанова КМ України від 28.10.2020 №1035 «Про внесення змін до деяких постанов кабінету міністрів України».
10.	Додаткова інформація	Виплата компенсації здійснюється по мірі надходження коштів.

*До інформаційної картки долучається форма заяви:

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

від _____,
заресстрований 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, компенсації 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	

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 територіїх 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, компенсацій 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.

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 (потрібно 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)