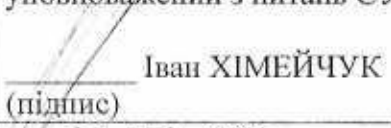


Згідно з вимогами ISO 9001 Введено в дію з 02.06.2021	A-13.6-46 Версія 06	
Тернопільська міська рада		
ІНФОРМАЦІЙНА КАРТКА Призначення грошової допомоги особі, яка проживає разом з особою з інвалідністю I або II групи внаслідок психічного розладу, яка за висновком лікарсько-консультативної комісії закладу охорони здоров'я потребує постійного стороннього догляду, на догляд за нею		
Управління соціальної політики		
Оригінал: головний спеціаліст з питань управління якістю копії: згідно з ресетром розсилки (Ф-01/П-СУЯ/01)		

РОЗРОБИВ (відповідальна особа ВО за падання АП)	ПЕРЕВІРИВ	ЗАТВЕРДЖУЮ
Начальник управління соціальної політики	Заступник міського голови- керуючий справами, уповноважений з питань СУЯ	Міський голова
 Володимир СУЛИМА (підпис) 02.06.2021	 Іван ХІМЕЙЧУК (підпис) 02.06.2021	 Сергій НАДАЛ (підпис) 02.06.2021

1.	СНАП (місцезнаходження (адреса), режим роботи, довідковий телефон, адреса електронної пошти та веб-сайту)	Управління соціальної політики Тернопільської міської ради 46002, м. Тернопіль, вул. Лисенка, 8а, каб.12 <u>Графік прийому громадян:</u> Понеділок-четвер: з 8.00 год. до 17.15, п'ятниця: з 8.00 год. до 16.00. Телефон: (067)3984537 (0352) 23-66-03, 23-66-04 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 встановленої форми від особи, 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 ним. 2. Декларація про доходи та майновий стан(заповнюється на підставі довідок про доходи кожного члена сім'ї) встановленої форми. Інформація про склад сім'ї заявника зазначається в декларації про доходи та майновий стан. 3. Трудова книжка (для непрацюючих пенсіонерів, осіб з інвалідністю). 4. Висновок лікарської комісії медичного

		закладу щодо необхідності постійного стороннього догляду за особою з інвалідністю I чи II групи внаслідок психічного розладу. 5. Копія довідки до акта огляду медико-соціальною експертною комісією, яка видана особі з інвалідністю I чи II групи внаслідок психічного розладу, за яким здійснюється догляд. 6. Для підтвердження факту спільного проживання з особою з інвалідністю I чи II групи внаслідок психічного розладу та догляду за нею у разі потреби складається акт про проведення обстеження сім'ї спеціалістами органів соціального захисту населення. Якщо дієздатна особа постійно проживає на одній житловій площі за місцем реєстрації особи з інвалідністю I чи II групи внаслідок психічного розладу, але зареєстрована в іншому місці, обстеження сім'ї для встановлення факту догляду є обов'язковим. Для продовження виплати допомоги на догляд на наступний строк подаються усі документи, крім висновку лікарської комісії медичного закладу щодо необхідності постійного стороннього догляду за особою з інвалідністю I чи II групи внаслідок психічного розладу у разі, коли строк, на який видано висновок, не зазначено. <u>Заявник представляє:</u> 1. Документ, що посвідчує особу, яка подає заяву.
3.	Порядок та спосіб подання документів	Особисто заявником
4.	Платність (безоплатність) АП, розмір та порядок внесення плати (адміністративного збору) за платну АП; розрахунковий рахунок для внесення плати	Безкоштовно
5.	Строк надання АП	Не пізніше 10 днів після надходження заяви зі всіма необхідними документами.
6.	Результат надання АП	Рішення управління соціальної політики про призначення щомісячної грошової допомоги 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 або рішення управління

		соціальної політики про відмову у наданні щомісячної грошової допомоги 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 із зазначенням причин відмови.
7.	Спосіб і місце отримання відповіді (результату АП)	Особисто або засобами поштового зв'язку.
8.	Перелік підстав для відмови у наданні АП	1. До заяви протягом місяця не додані всі необхідні документи. 2. Особа постійно не проживає та не зареєстрована разом з особою з інвалідністю I чи II групи внаслідок психічного розладу, яка за висновком лікарської комісії медичного закладу потребує постійного стороннього догляду і здійснює догляд за нею. 3. Заявник не здійснює догляд за особою з інвалідністю I чи II групи внаслідок психічного розладу. 4. Особа з інвалідністю I чи II групи внаслідок психічного розладу перебуває на повному державному утриманні.
9.	Акти законодавства, що регулюють порядок та умови надання АП (пункти, статті, розділи тощо, назва та реквізити законодавчих актів)	1. Закон України „Про психіатричну допомогу” від 22.02.2000 № 1489- III 2. Постанова Кабінету Міністрів України від 02.08.2000 № 1192 „Про надання щомісячної грошової допомоги 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”. 3. Порядок обчислення середньомісячного сукупного доходу сім'ї (домогосподарства) для усіх видів державної соціальної допомоги, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 22.07.2020 № 632 „Деякі питання виплати державної соціальної допомоги”

Копія

10	Додаткова інформація	<u>Виплата допомоги на догляд припиняється:</u> - сталися зміни у складі сім'ї у зв'язку із смертю або зміною місця проживання особи з інвалідністю I чи II групи внаслідок психічного розладу чи особи, якій надається допомога на догляд; - закінчився строк установлення інвалідності I чи II групи і протягом місяця не підтверджено встановлення групи інвалідності, яка дає право на призначення допомоги на догляд; - особа з інвалідністю I чи II групи внаслідок психічного розладу перебуває на повному державному утриманні або стаціонарному лікуванні впродовж повного календарного місяця.
----	----------------------	---

*До інформаційної картки додається форма заяви та декларації.

Копія

1

02.06.2024

Тернопільська міська рада, управління соціальної політики

ІНФОРМАЦІЙНА КАРТКА А-13.6-46

Сторінка 4 з 4

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства соціальної політики України

21 квітня 2015 року № 441

Заповнюється: заявником/уповноваженим представником

До органу праці та соціального захисту населення

від _____,

зареєстрованого 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 “ _____ ” _____ 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)

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 одиницями 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	
поодиноким інвалідам з дитинства II і III групи, 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 одиницями 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, якій за висновками 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.

Прощу 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 має 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 пенсії (допомог) особою, за якою здійснюється догляд:

П.І.Б., адреса, орган, у якому перебуває на обліку одержувач пенсії (допомог) (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 "____" _____ 201 р. та зареєстровано за № _____

Для розгляду заяви необхідно додати до "____" _____ 201 р. такі документи: _____

Відповідальна особа _____

(підписати та підпис відповідальної особи)

Ознайомився _____

(підпис заявника/уповноваженого представника власника, співвласника (наймця) житла)

Заповнюється відповідальною особою управління праці та соціального захисту населення

Відомості з паспорта та поданих документів звірені.

Заяву та документи на _____ аркушах прийнято "____" _____ 201 р. та зареєстровано за № _____

Для розгляду заяви необхідно додати до "____" _____ 201 р. такі документи: _____

Відповідальна особа _____

(підписати та підпис відповідальної особи)

Ознайомився _____

(підпис заявника/уповноваженого представника власника, співвласника (наймця) житла)

ОПИС СПРАВИ

(прізвище, ім'я, по батькові заявника)

№ з/п	Назва документу	Дата подання (донесення) документу	К-сть
1	Довідка видана лікувально-профілактичним закладом		
2	Довідка з основного місця служби, навчання про те, що жінка служить, навчається		
3	Довідка з центру зайнятості про те, що жінка зареєстрована в центрі зайнятості як безробітна		
4	Довідка з фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності про те, що жінка - суб'єкт підприємницької діяльності не сплачує страхові внески		
5	Копія свідоцтва про народження дитини		
6	Витяг з Державного реєстру актів цивільного стану громадян про народження для виплати допомоги		
7	Довідка про склад сім'ї		
8	Копія або витяг з наказу (розпорядження) роботодавця про надання відпустки		
9	Копія трудової книжки матері (батька, усиновлювача, опікуна, дідуся, бабусі або іншого родича), яка (який) здійснює догляд за дитиною		
10	Копія паспорта з відміткою центру зайнятості про неперевірку на обліку		
11	Декларація про доходи та майновий стан осіб, які звернулися за призначенням усіх видів соціальної допомоги		
12	Витяг з Державного реєстру актів цивільного стану громадян про реєстрацію народження дитини із зазначенням відомостей про батька дитини для призначення допомоги		
13	Копія свідоцтва про розірвання шлюбу		
14	Довідка про те, що вони не одержують на дітей зазначені пенсії		
15	Довідка про наявність та розмір земельної частки (паю)		
16	Довідка про неотримання допомоги в органах праці та соціального захисту населення за місцем реєстрації		
17	Довідки про доходи		
18	Висновок лікарської комісії медичного закладу щодо необхідності постійного стороннього догляду за інвалідом I чи II групи внаслідок психічного розладу		
19	Довідка про присвоєння ідентифікаційного номера		
20	Довідка державної виконавчої служби, що підтверджує факт несплати аліментів одним з батьків протягом шести місяців, що передують місяцю звернення		
21	Рішення суду (виконавчий лист) про стягнення з одного з батьків аліментів на дитину		
22	Копія трудового договору між працівником і фізичною особою		
23	Копія договору про навчання		
24	Квитанція про сплату за комунальні послуги		
25			
26			

Підпис особи, яка прийняла документи

Заповнюється заявником / уповноваженим представником сім'ї / власником, співвласником (наймачем) житла

До органу праці та соціального захисту населення _____

ДЕКЛАРАЦІЯ

про доходи та майновий стан осіб, які звернулися
за призначенням усіх видів соціальної допомоги

РОЗДІЛ I. Загальні відомості

1. _____
(прізвище, ім'я, по батькові заявника / уповноваженого представника сім'ї / власника, співвласника (наймача) житла)

2. Місце проживання: _____
(поштовий індекс, область, район, населений пункт, вулиця, будинок, корпус, квартира)

3. Члени сім'ї або зареєстровані у житловому приміщенні / будинку особи, члени сім'ї, що проживають окремо (дружина, чоловік, неповнолітні діти)

Прізвище, ім'я, по батькові	Ступінь родинного зв'язку	Ідентифікаційний номер	Примітки
1	2	3	4

РОЗДІЛ II. Доходи членів сім'ї або зареєстрованих у житловому приміщенні / будинку осіб, членів сім'ї, що проживають окремо (дружини, чоловіка, неповнолітніх дітей) за період з _____ 20__ р. по _____ 20__ р.
(відповідно до Методики обчислення сукупного доходу сім'ї для всіх видів соціальної допомоги, затвердженої наказом Мінпраці Мінсхекономіки, Мінфіну, Держкомстату, Держкомсім'ямолоді та зареєстрованої у Мін'юсті 07.02.2002 за №112/6400, із змінами)

Прізвище, ініціали	Відомості про доходи		
	Вид доходу	Розмір доходу	Джерело доходу
1	2	3	4

1	2	3	4

РОЗДІЛ III. Відомості про житлові приміщення, що перебувають у власності або володінні членів сім'ї або зареєстрованих у житловому приміщенні / будинку осіб, членів сім'ї, що проживають окремо (дружини, чоловіка, неповнолітніх дітей)

Прізвище, ініціали власника (наймача)	Загальна площа житлового приміщення	Кількість осіб, зареєстрованих у житловому приміщенні	Адреса житлового приміщення
1	2	3	4

РОЗДІЛ IV. Відомості про транспортні засоби, які зареєстровані з установленому порядку та перебувають у власності або володінні членів сім'ї або зареєстрованих у житловому приміщенні / будинку осіб, членів сім'ї, що проживають окремо (дружини, чоловіка, неповнолітніх дітей)

Прізвище, ініціали власника	Автомобіль марки	Державний номерний знак	Рік випуску	Автомобілі, отримані через органи праці та соціального захисту населення
1	2	3	4	5

РОЗДІЛ V. Відомості про земельні ділянки, що перебувають у власності або володінні (користуванні) членів сім'ї або зареєстрованих у житловому приміщенні / будинку осіб, членів сім'ї, що проживають окремо (дружини, чоловіка, неповнолітніх дітей)

Прізвище, ініціали власника (користувача)	Площа земельної ділянки	Форма власності	Призначення земельної ділянки
1	2	3	4

РОЗДІЛ VI. Відомості про наявність додаткових джерел для існування
за період з _____ 20__ р. до _____ 20__ р.

Вид джерела для існування	Характеристика засобів для отримання	Інформація про використання наявних засобів
1	2	3
здача у найм або оренду житлового приміщення (будинку) або його частин		
один чи кілька членів сім'ї пращують без оформлення трудових відносин у встановленому порядку		
можливість отримання доходу від утримання худоби, птиці, інших тварин		
дохід від народних промислів		
використання наявної сільськогосподарської техніки, вантажної машини, мікроавтобуса		
заощадження (що мають документальне підтвердження)		
грошові перекази		
інші види додаткових джерел для існування		

РОЗДІЛ VII. Відомості про витрати, здійснені протягом 12 місяців перед зверненням

Прізвище, ініціали особи	Вид майна або послуг	Вартість	Дата здійснення покупки або оплати послуг
придбання земельної ділянки			
придбання квартири (будинку)			
придбання автомобіля, транспортного засобу (механізму)			
придбання будівельних матеріалів			
придбання інших товарів довгострокового вжитку			
придбання іншого майна			
Разом			
оплата послуги з будівництва, ремонту квартири (будинку)			
оплата послуги з ремонту автомобіля, транспортного засобу (механізму)			
оплата послуги телефонного (в тому числі мобільного) зв'язку			
оплата послуги з навчання			
оплата інших послуг			
Разом			

Про відмову в призначенні або припинення виплати субсидії для відшкодування витрат на оплату житлово-комунальних послуг на придбання скрапленого газу, твердого та рідкого пічного побутового палива, а також державної соціальної допомоги малозабезпеченим сім'ям в разі подання неповних чи недостовірних відомостей про доходи та майновий стан членів сім'ї або зареєстрованих у житловому приміщенні / будинку осіб, членів сім'ї, що проживають окремо (дружини, чоловіка, неповнолітніх дітей) менше попереджено.