

Згідно з вимогами ISO 9001 Введено в дію з 02.06, 2021 року	A-13.6-49 Версія 04	
Тернопільська міська рада		
ІНФОРМАЦІЙНА КАРТКА Призначення державної соціальної допомоги особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю		
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) 02.06.2021	Заступник міського голови-керуючий справами, уповноважений з 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 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@sobester.gov.ua , www.rada.te.ua
2.	*Вичерпний перелік документів, необхідних для отримання АП, що передбачені законом, та вимогами до них	1. Заява встановленої форми. 2. Копія свідоцтва про народження дитини з інвалідністю віком до 18 років. 3. Довідка з місця навчання із зазначенням перебування (не перебування) на повному державному утриманні. 4. Виписка з акта огляду медико-соціальною експертною комісією особи з інвалідністю з дитинства або медичний висновок про дитину з інвалідністю віком до 18 років. <u>Якщо із заявою звертається опікун або піклувальник, подається також:</u> 1. Копія рішення про встановлення опіки (піклування) та призначення дитині з інвалідністю опікуна (піклувальника): - рішення виконавчого комітету Тернопільської міської ради про

		<p>встановлення опіки, датованих після жовтня 2006 року (формується спеціалістом управління);</p> <p>- рішення виданого іншими органами про встановлення опіки (пред'являється завником).</p> <p>2. Копія рішення суду про визнання особи з інвалідністю з дитинства недієздатним;</p> <p>3. Копія рішення суду про призначення опікуна особі з інвалідністю з дитинства або копія документа, що підтверджує повноваження представника закладу (органу опіки та піклування), який виконує функції опікуна.</p> <p>У разі подання заяви в електронній формі заявник додає копії документів (крім копії свідоцтва про народження дитини з інвалідністю до 18 років). Серія та номер свідоцтва про народження дитини з інвалідністю до 18 років зазначається у заяві в електронній формі.</p> <p><u>Заявник представляє:</u></p> <p>1. Документ що посвідчує особу.</p>
3.	Порядок та спосіб подання документів	<p>Особисто заявником.</p> <p>Засобами поштового зв'язку.</p> <p>В електронній формі через офіційний веб-сайт Мінсоцполітики або інтегровані з ним інформаційні системи органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування, або Єдиний державний веб-портал електронних послуг (у разі технічної можливості).</p>
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	1. Рішення управління соціальної політики про призначення державної соціальної допомоги особі з інвалідністю та дітям з інвалідністю або рішення управління соціальної політики про відмову у наданні державної соціальної допомоги особі з інвалідністю та дітям з інвалідністю із зазначенням відмови.
7.	Спосіб і місце отримання відповіді (результату АП)	Особисто або засобами поштового зв'язку.

8.	Перелік підстав для відмови у наданні АП	<p>1. До заяви протягом 3-х місяця не додані всі необхідні документи.</p> <p>2. Одержує державну соціальну допомогу відповідно до Закону України « Про державну соціальну допомогу особам, які не мають права на пенсію та особам з інвалідністю», або пенсію як особа з інвалідністю.</p> <p>3. Уразі не підписання заяви, яка подана в електронній формі без цифрового підпису, у тримісячний строк.</p>
10.	Акти законодавства, що регулюють порядок та умови надання АП (пункти, статті, розділи тощо, назва та реквізити законодавчих актів)	<p>1. Закону України «Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям інвалідам» № 2109-III 16.11.2000р.</p> <p>2. Порядок призначення і виплати державної соціальної допомоги особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 03.02.2021 № 79.</p>

* До інформаційної картки додається форма заяви.

02.06.2021

Тернопільська міська рада, управління соціальної політики

ІНФОРМАЦІЙНА КАРТКА А-13.6-49

Страница 3 из 3

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства соціальної політики України
21 квітня 2015 року № 441

Заповнюється: заявником/уповноваженим представником

До органу праці та соціального захисту населення

від _____,
заресстрованого 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 самотнім 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	
самотнім 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 самотнім 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 груп	
допомогу на догляд малозабезпеченим інвалідам підгрупи Б I груп	
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 втрапили 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 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.

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 пенсії (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 паспорту 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/класника, 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/класника, співвласника (наймця) житла)

ОПИС СПРАВИ

(прізвище, ім'я, по батькові заявника)

№ з/п	Назва документа	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 перебування 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

(Місце для підпису та печатки)