

Згідно з вимогами ISO 9001  
Введено в дію з 02.08.2021 року

A-13.6-59  
Версія 02



Тернопільська міська рада

### ІНФОРМАЦІЙНА КАРТКА

Призначення державної допомоги одному з батьків,  
усиновлювачам, опікунам, піклувальникам, одному з  
прийманих батьків, батькам-вихователям, які доглядають  
за хворою дитиною,  
якій не встановлено інвалідність

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 послуги)	ПЕРЕВІРИВ	ЗАТВЕРДЖУЮ
Начальник управління соціальної політики  Володимир СУЛИМА (підпис) 02.08 2021	Заступник міського голови-керуючий справами, уповноважений з питань СУЯ  Іван ХІМЕЙЧУК (підпис) 02.08 2021	Міський голова  Сергій НАДАЛ (підпис) 02.08 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: <a href="mailto:ternopil@sobes-ter.gov.ua">ternopil@sobes-ter.gov.ua</a> , <a href="http://www.rada.te.ua">www.rada.te.ua</a>
2.	*Вичерпний перелік документів, необхідних для отримання АП, що передбачені законом, та вимоги до них	1. Заява за встановленою формою. 2. Паспорт або інший документ, що посвідчує особу, та документ, що підтверджує повноваження усиновлювача, опікуна, піклувальника, прийомних батьків, батьків-вихователів. 3. Свідоцтво про народження дитини. 4. Довідка про захворювання дитини на тяжке перинатальне ураження нервової системи, тяжку вроджену ваду розвитку, рідкісне орфанне захворювання, онкологічне, онкогематологічне захворювання, дитячий церебральний параліч, тяжкий психічний розлад, цукровий діабет I типу (інсулінозалежний), гостре або хронічне захворювання нирок IV ступеня, про те, що дитина отримала тяжку травму, потребує трансплантації органа, потребує паліативної допомоги, видана лікарсько -

		консультативною комісією лікувально - профілактичного закладу у порядку та за формою, встановленими центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я. <u>При подачі документів заявник пред'являє:</u> 1. Реєстраційний номер облікової картки платника податків.
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 допомоги або рішення управління соціальної політики про відмову у призначенні допомоги 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. Перебування дитини на повному державному утриманні. 3. Встановлення дитині інвалідності (досягнення дитиною 18 років).
9.	Акти законодавства, що регулюють порядок та умови надання АП (пункти, статті, розділи тощо, назва та реквізити законодавчих актів)	1. Ст.18 <sup>5</sup> -18 <sup>7</sup> розділ V-Б Закону України «Про державну допомогу сім'ям з дітьми» № 2811-12, від 21.11.1992р. 2. П.42 <sup>3</sup> -42 <sup>6</sup> «Порядку призначення і виплати державної допомоги сім'ям з дітьми», затверджено Постановою Кабінету Міністрів України від 27.12.2001 № 1751. 3. Перелік тяжких захворювань, розладів, травм, станів, що дають право на одержання державної допомоги на дитину, якій не встановлено інвалідність, згідно з додатком до постанови Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2018 р. № 1161.

\*До інформаційної картки додається форма заяви.



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

від \_\_\_\_\_,  
зарєєстрованого 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)

<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	
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	
<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 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	
<b>6. Тимчасову державну допомогу дітям</b>	
<b>7. Соціальну допомогу на дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, грошове забезпечення батькам-вихователям і прийомним батькам</b>	
<b>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)</b>	
<b>9. Компенсацію як фізичній особі, яка надає соціальні послуги</b>	
<b>10. Компенсаційну виплату особі, яка здійснює догляд за інвалідом I групи або особою, яка досягла 80 років</b>	
<b>11. Грошову компенсацію замість санаторно-курортної путівки</b>	
<b>12. Компенсацію вартості самостійного санаторно-курортного лікування</b>	
<b>13. Пільгу на придбання твердого палива</b>	
<b>14. Пільгу на придбання скрапленого газу</b>	
<b>15. Одноразову винагороду жінці, якій присвоєно почесне звання України "Мати-героїня"</b>	
<b>16. Одноразову матеріальну допомогу особі, яка постраждала від торгівлі людьми</b>	
<b>17. Допомогу на поховання</b>	

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.*

\_\_\_\_\_ (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, вдовці)	Отримую	Не отримую	

**Інформація, яка повідомляється одержувачем державної соціальної допомоги інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам щодо призначення пенсій 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 "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_ 201 р. та зареєстровано за № \_\_\_\_\_

Для розгляду заяви необхідно додати до "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_ 201 р. такі документи: \_\_\_\_\_

**Відповідальна особа** \_\_\_\_\_

(прізвище та підпис відповідальної особи)

**Ознайомився**

(підпис заявника/уповноваженого представника/власника, співвласника (підписи) жителя)

**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** \_\_\_\_\_

(прізвище та підпис відповідальної особи)

**Ознайомився**

(підпис заявника/уповноваженого представника/власника, співвласника (підписи) жителя)

## 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 непереребування 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 розрвання 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)