

Згідно з вимогами ISO 9001 Введено в дію з <u>02.06.</u> 2021 року	Н-13.5-65 Версія 02	
Тернопільська міська рада		
<b>ІНФОРМАЦІЙНА КАРТКА</b> Призначення грошової компенсації особам з інвалідністю замість санаторно-курортної путівки <hr/> <b>Управління соціальної політики</b>		
Оригінал: головний спеціаліст з питань управління якістю копій: згідно з реєстром розсилки (Ф – 01/П – СУЯ/01)		

РОЗРОБИВ	ПЕРЕВІРИВ	ЗАТВЕРДЖУЮ
Начальник управління соціальної політики   (підпис) <b>Володимир СУЛИМА</b> <u>02.06.</u> 2021	Заступник міського голови – керуючий справами, уповноважений з питань СУЯ  (підпис) <b>Іван ХІМЕЙЧУК</b> <u>02.06.</u> 2021	Міський голова  (підпис) <b>Сергій НАДАЛ</b> <u>02.06.</u> 2021

1	<b>СНАП</b> (місцезнаходження (адреса), режим роботи, довідковий телефон, адреса електронної пошти та веб-сайту)	Управління соціальної політики м. Тернопіль, вул. Лисенка, 8, каб. № 23 <u>Прийом громадян:</u> понеділок-четвер: з 8.00 до 17.15, перерва з 13.00 до 14.00, тел. (0352) 22-04-37, <a href="mailto:ternopil@sobes-ter.gov.ua">ternopil@sobes-ter.gov.ua</a> <a href="https://www.rada.te.ua">https://www.rada.te.ua</a>
2	Вичерпний перелік документів, необхідних для отримання АП, що передбачені законом, та вимоги до них	1. Заява особи з інвалідністю про виплату грошової компенсації замість санаторно-курортної путівки (далі – компенсація); 2. Медична довідка за формою 070/о; 3. Посвідчення особи з інвалідністю; 4. Довідка з місця роботи (навчання) про те, що особа протягом трьох років не одержувала безоплатну санаторно- курортну путівку. Примітка: використовуються облікові дані про одержання путівок чи отримання грошової компенсації
3	Порядок та спосіб подання документів	Особисто або законним представником у відділі обслуговування ветеранів та осіб з інвалідністю з пред'явленням паспорта та оригіналів відповідних документів, які повертаються заявнику (законному представнику) після звірки та зняття копій

4	Платність (безоплатність) АП	Безоплатно
5	Строк надання АП	10 робочих днів
6	Результат надання АП	Рішення про призначення грошової компенсації особам з інвалідністю замість санаторно-курортної путівки / відмову щодо призначення грошової компенсації
7	Спосіб і місце отримання відповіді (результату АП)	Особисто або законним представником в управлінні соціальної політики, каб.23 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. Закон України „Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні” від 06.10.2005 № 2961-IV; 2. Постанова 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”; 3. Наказ Міністерства соціальної політики України від 22.01.2018 № 73 „Про затвердження форм документів щодо забезпечення структурними підрозділами з питань соціального захисту населення санаторно-курортним лікуванням осіб пільгових категорій”, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 13.02.2018 за № 163/31615

\*До інформаційної картки додається форма заяви.

Копія  
1

02.06.2024

*[Handwritten signature]*

Тернопільська міська рада, управління соціальної політики  
ІНФОРМАЦІЙНА КАРТКА Н - 13.5-65

*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, 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 одиницям 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	
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	
<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 одиницям 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	

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 території 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 висновком 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 припиненні виплати призначеної соціальної допомоги та/або повернення надміру нарахованих коштів в разі подання неповних чи недостовірних відомостей про доходи та майновий стан сім'ї мене попереджено.*

Додаткова інформація, яка повідомляється одинокою матір'ю (підкреслити необхідне)

<u>1. У шлюбі</u>	Перебувала	Не перебувала	Перебуваю
<u>2. З особою, від якої маю дитину</u>	Проживаю	Не проживаю	
<u>3. Пенсію в разі втрати годувальника або соціальну пенсію (заповнюють лише вдови, вдовці)</u>	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 (наймича) жителя)

**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 (наймича) жителя)