


Згідно з вимогами ISO 9001 Введено в дію з 21.09.2022	A-13.1-84 Версія 01	
Тернопільська міська рада		
ІНФОРМАЦІЙНА КАРТКА Прийняття рішення про надання соціальних послуг		
Розробив: Управління соціальної політики		
ПОГОДИВ		ЗАТВЕРДЖУЮ
Начальник управління соціальної політики Володимир СУЛИМА		Міський голова Сергій НАДАЛ



СЕД АСКОД - Тернопільська міська рада
№ документа: А-13.1-84
Дата реєстрації: 20.09.2022 00:00
Сертифікат: 58E2D9E7F900307B040000004FC016000E518E00
Дійсний з: 14.01.2021 12:48:04
Дійсний до: 14.01.2023 12:48:04
Підписувач: Сулима Володимир Іванович
Мітка часу: 20.09.2022 16:31:47



СЕД АСКОД - Тернопільська міська рада
№ документа: А-13.1-84
Дата реєстрації: 20.09.2022 00:00
Сертифікат: 26B2648ADD3032E1040000005BB928006BA2A800
Дійсний з: 14.09.2022 10:01:26
Дійсний до: 14.09.2024 10:01:26
Підписувач: Надал Сергій Віталійович
Мітка часу: 20.09.2022 18:01:27

1.	<p>СНАП (місцезнаходження (адреса), режим роботи, довідковий телефон, адреса електронної пошти та веб-сайту)</p>	<p>Управління соціальної політики Тернопільської міської ради 46002, м. Тернопіль, вул. Лисенка, 8, каб.21 <u>Графік прийому громадян:</u> Понеділок-четвер: з 8.00 год. до 17.15, п'ятниця: з 8.00 год. до 16.00. Телефон: (0352) 23-56-72 Електронна адреса: ternopil@sobes-ter.gov.ua, www.rada.te.ua</p>
2.	<p>*Вичерпний перелік документів, необхідних для отримання АП, що передбачені законом, та вимоги до них</p>	<p>1. Заява про надання соціальних послуг у письмовій або електронній формі 2. Паспорт громадянина України або інший документ, що посвідчує особу 3. Документ, що засвідчує реєстрацію у Державному реєстрі фізичних осіб - платників податків (картка платника податків), або дані про реєстраційний номер облікової картки платника податків з Державного реєстру фізичних осіб - платників податків, внесені до паспорта громадянина України 4. Копія довідки до акта огляду медико-соціальною експертною комісією за формою, затвердженою МОЗ або пенсійне посвідчення, або посвідчення, що підтверджує призначення соціальної допомоги відповідно до Законів України "Про державну соціальну допомогу особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю", "Про державну соціальну допомогу особам, які не мають права на пенсію, та особам з інвалідністю", або довідку для отримання пільг особами з інвалідністю, які не мають права на пенсію чи соціальну допомогу, видану структурним підрозділом з питань соціального захисту</p>

		<p>населення районної, районної у м. Києві та Севастополі держадміністрації, виконавчим органом міської ради (для осіб з інвалідністю);</p> <p>5.Копія медичного висновку про дитину з інвалідністю віком до 18 років, виданого в установленому МОЗ порядку або посвідчення, що підтверджує призначення соціальної допомоги відповідно до Закону України “Про державну соціальну допомогу особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю”, або довідку для отримання державної соціальної допомоги дітям з інвалідністю, видану структурним підрозділом з питань соціального захисту населення районної, районної у м. Києві та Севастополі держадміністрації, виконавчим органом міської ради, або індивідуальна програма реабілітації дитини з інвалідністю, видану лікарсько-консультативною комісією лікувально-профілактичного закладу (для дитини з інвалідністю);</p> <p>6.Копія виданої лікарсько-консультативною комісією лікувально-профілактичного закладу довідки 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 (за наявності);</p> <p>7.Висновок про стан здоров’я особи, яка потребує надання соціальних послуг, за формою, затвердженою МОЗ (крім соціальних послуг, які надаються одноразово, екстрено);</p> <p>8.Копія рішення органу опіки та піклування про утворення прийомної сім’ї, дитячого будинку сімейного типу, про влаштування дитини в сім’ю патронатного вихователя (за наявності);</p> <p>9.Копія рішення суду про обмеження цивільної дієздатності або визнання недієздатною особи, яка потребує надання соціальних послуг (для недієздатних осіб та осіб, цивільна дієздатність яких обмежена);</p> <p>10.Копія рішення суду або органу опіки та піклування про призначення опікуна або піклувальника особі, яка потребує надання соціальних послуг (за наявності опікуна або піклувальника);</p> <p>11.Рішення органу опіки та піклування про надання соціальних послуг (якщо подається повідомлення уповноваженої особи органу опіки та піклування (для недієздатних осіб, опікуна яким не призначено або які втратили з ним зв’язок під час дії надзвичайного або воєнного стану в Україні або окремих її місцевостях);</p> <p>12.Копія документа, що підтверджує повноваження представника органу опіки та піклування (якщо подається повідомлення уповноваженої особи органу опіки та</p>
--	--	--

		<p>піклування (для <i>недієздатних осіб, опікуна яким не призначено або які втратили з ним зв'язок під час дії надзвичайного або воєнного стану в Україні або окремих її місцевостях</i>), з пред'явленням оригіналу;</p> <p>13.Копія паспорта громадянина України опікуна (опікунів) або піклувальника (піклувальників) особи, яка потребує надання соціальних послуг (<i>за наявності опікуна (опікунів) або піклувальника (піклувальників)</i>);</p> <p>14.Акт оцінки потреб сім'ї/особи (за наявності), складений соціальним менеджером/фахівцем із соціальної роботи, у разі перебування особи/сім'ї у надавача - його соціальним працівником;</p> <p>15.Декларація про доходи та майновий стан осіб (заповнюється на підставі довідок про доходи кожного члена сім'ї) за формою, затвердженою Мінсоцполітики;</p> <p>16.Копія довідки про взяття на облік внутрішньо переміщеної особи (<i>за наявності</i>). У разі технічної можливості копія зазначеної довідки подається в електронній формі з використанням мобільного додатка "Портал Дія";</p> <p>17.Копія свідоцтва про народження дитини віком до 18 років (<i>за потреби</i>).</p>
3.	Порядок та спосіб подання документів	<p>1.Заява, документи - особисто, законним представником.</p> <p>2.Повідомлення з рішенням - уповноваженою особою органу опіки та піклування (для <i>недієздатних осіб, опікуна яким не призначено або які втратили з ним зв'язок під час дії надзвичайного або воєнного стану в Україні або окремих її місцевостях</i>).</p>
4.	Платність (безоплатність) АП, розмір та порядок внесення плати (адміністративного збору) за платну АП; розрахунковий рахунок для внесення плати	Безоплатно
5.	Строк надання АП	<p>1.Протягом 10 робочих днів з дня одержання заяви, звернення, повідомлення особи/сім'ї.</p> <p>2.Невідкладно та протягом однієї доби :</p> <ul style="list-style-type: none"> - у разі існування загрози життю чи здоров'ю особи; - під час дії надзвичайного або воєнного стану в Україні або окремих її місцевостях.
6.	Результат надання АП	<p>Рішення щодо надання соціальних послуг або відмову в їх наданні, припинення надання соціальних послуг.</p> <p>Повідомлення про надання соціальних послуг або відмову в їх наданні, припинення надання соціальних послуг</p>
7.	Спосіб і місце отримання відповіді (результату АП)	Особисто, законним представником, уповноваженою особою в управлінні соціальної політики. Засобами поштового, електронного зв'язку
8.	Перелік підстав для відмови у наданні АП, зупинення розгляду документів	<p>1.Підставою для відмови у наданні соціальних послуг є:</p> <p>1) відсутність потреби осіб/сімей, які належать до вразливих категорій населення або перебувають під впливом чинників, що можуть зумовити потрапляння у</p>

		<p>складні життєві обставини, в соціальних послугах за результатами оцінювання потреб особи/ сім'ї;</p> <p>2) ненадання надавачем тих соціальних послуг, яких потребує особа/сім'я;</p> <p>3) наявність в особі відповідно до медичного висновку медичних протипоказань, перелік яких затверджується МОЗ (рішення про надання соціальних послуг приймається після усунення таких протипоказань).</p> <p>2.Підставою для припинення надання соціальних послуг є:</p> <p>1) відсутність потреби у соціальних послугах за результатами оцінювання потреб особи/сім'ї;</p> <p>2) закінчення строку дії договору про надання соціальних послуг, крім випадків, передбачених частиною шостою статті 22 цього Закону;</p> <p>3) зміна місця проживання/перебування отримувача соціальних послуг, що унеможлиблює надання соціальних послуг;</p> <p>4) невиконання без поважних причин отримувачем соціальних послуг вимог, визначених договором про надання соціальних послуг;</p> <p>5) виявлення/встановлення недостовірності поданих отримувачем соціальних послуг інформації/документів при зверненні за їх наданням, що унеможлиблює подальше надання таких соціальних послуг;</p> <p>6) смерть отримувача соціальних послуг;</p> <p>7) дострокове розірвання договору про надання соціальних послуг за ініціативи отримувача соціальних послуг;</p> <p>8) ліквідація (припинення діяльності) надавача соціальних послуг або припинення надання ним відповідних соціальних послуг.</p>
9.	<p>Акти законодавства, що регулюють порядок та умови надання АП (пункти, статті, розділи тощо, назва та реквізити законодавчих актів)</p>	<p>Закон України: „Про соціальні послуги” від 17.01.2019 № 2671-VIII;</p> <p>Постанови Кабінету Міністрів України від 01.06.2020 № 587 „Про організацію надання соціальних послуг», від 01.06.2020 № 585 „Про забезпечення соціального захисту дітей, які перебувають у складних життєвих обставинах”, від 26.06.2019 № 576 „Про затвердження Порядку надання соціальних послуг особам з інвалідністю та особам похилого віку, які страждають на психічні розлади”</p> <p>Накази Міністерства соціальної політики України від 13.07.2018 № 1005 „Про затвердження форм обліку соціальної роботи з сім'ями / особами, які перебувають у складних життєвих обставинах”, від 16.11.2020 № 769 „Про затвердження форм документів, необхідних для надання соціальних послуг”, наказ Міністерства соціальної політики України від 17.08.2017 № 1325 „Про затвердження форм документів, необхідних для надання соціальних послуг громадянам похилого віку, особам з інвалідністю та дітям з інвалідністю”, наказ Міністерства соціальної політики України від 14.07.2016 № 762 „Про затвердження форм документів, необхідних для</p>

		оформлення на обслуговування в територіальному центрі соціального обслуговування (надання соціальних послуг)”.
10.	Підстави для отримання	<p>Перебування осіб/сімей у складних життєвих обставинах, які не можуть самостійно подолати негативний вплив обставин, зумовлених такими чинниками:</p> <ul style="list-style-type: none"> - похилий вік; - часткова або повна втрата рухової активності, пам'яті; - невиліковні хвороби, хвороби, що потребують тривалого лікування; - психічні та поведінкові розлади, у тому числі пов'язані із вживанням психоактивних речовин; - інвалідність; - бездомність; - безробіття; - малозабезпеченість; - поведінкові розлади у дітей через розлучення батьків; - ухилення батьками або особами, які їх замінюють, від виконання своїх обов'язків із виховання дитини; - втрата соціальних зв'язків, у тому числі під час перебування в місцях позбавлення волі; - жорстоке поводження з дитиною; - домашнє насильство; - насильство за ознакою статі; - потрапляння в ситуацію торгівлі людьми; - шкода, заподіяна пожежею, стихійним лихом, катастрофою, бойовими діями, терористичним актом, збройним конфліктом, тимчасовою окупацією.

* До інформаційної картки додається форма заяви та декларація.

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства соціальної політики України
16 листопада 2020 року № 769

Управлінню соціальної політики Тернопільської міської ради

від _____

(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) заявника / законного
представника / уповноваженого представника сім'ї)

Дата народження _____

Місце проживання / перебування _____

Номер телефону _____

Документ, що посвідчує особу:

Серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України
(ID-картка) _____

Ким та коли виданий _____

Унікальний номер запису в Єдиному державному
демографічному реєстрі _____

Номер посвідки на постійне проживання, посвідки на тимчасове
проживання, посвідчення біженця, посвідчення про взяття
на облік бездомної особи (необхідне підкреслити)

Ким та коли видана(не) _____

Дата закінчення (продовження) строку дії посвідки/ посвідчення

Ресстраційний номер облікової картки платника податків або
серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України (ID-
картка)**

Зареєстроване місце проживання _____

ЗАЯВА
про надання соціальних послуг

№ _____
(дата реєстрації заяви)

Прошу надати мені / моєму(їй) синові (доньці) / моїй сім'ї / підопічному(їй) (необхідне підкреслити)

(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) сина (доньки) чи підопічного(ї))
дата народження «___» _____ рік,

наявність інвалідності _____

(група інвалідності, строк встановлення групи інвалідності)
який (яка) проживає / перебуває за адресою: _____
zareєстрованого(ї) за адресою: _____,

безоплатно платно з установами диференційованої плати .
соціальну(і) послугу(и):

1	інформування	
2	догляд вдома	
3	догляд стаціонарний	
4	денний догляд	
5	денний догляд дітей з інвалідністю	
6	підтримане проживання осіб похилого віку та осіб з інвалідністю	
7	підтримане проживання бездомних осіб	
8	транзитне підтримане проживання / учбова соціальна квартира (будинок)	
9	паліативний догляд	
10	персональний асистент	
11	соціальний супровід сімей / осіб, які перебувають у складних життєвих обставинах	
12	соціальний супровід сімей, у яких виховуються діти-сироти і діти, позбавлені батьківського піклування	
13	соціальний супровід при працевлаштуванні та на робочому місці	
14	соціальна адаптація	
15	соціально-трудова адаптація	
16	соціальна інтеграція та реінтеграція	
17	соціальна реабілітація осіб з інтелектуальними та психічними порушеннями	
18	соціально-психологічна реабілітація	
19	соціально-психологічна реабілітація осіб із залежністю від наркотичних засобів чи психотропних речовин	
20	соціально-психологічна реабілітація осіб із ігровою залежністю	
21	консультування	
22	представництво інтересів	
23	посередництво	

24	надання притулку	
25	короткотермінове проживання	
26	соціальна профілактика	
27	фізичний супровід осіб з інвалідністю, які мають порушення опорно-рухового апарату та пересуваються на кріслах колісних, з інтелектуальними, сенсорними, фізичними, моторними, психічними та поведінковими порушеннями	
28	переклад жестовою мовою	
29	натуральна допомога	
30	догляд та виховання дітей в умовах, наближених до сімейних	
31	супровід під час інклюзивного навчання	
32	тимчасовий відпочинок для осіб, що здійснюють догляд за особами з інвалідністю, особами, які мають невиліковні хвороби, хвороби, що потребують тривалого лікування	
33	тимчасовий відпочинок для батьків або осіб, які їх замінюють, що здійснюють догляд за дітьми з інвалідністю	
34	транспортні послуги	

Надавач соціальної послуги: _____

(вказати найменування надавача соціальної послуги за потреби)

Відомості, які використовуються для обчислення середньомісячного сукупного доходу отримувача соціальної послуги за рахунок бюджетних коштів або з установленням диференційованої плати з _____ р. до _____ р.*

Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності)	Назва та реквізити документу, що посвідчує особу	Ресстраційний номер облікової картки платника податків або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України (ID-картка)**

До заяви відповідно до законодавства додано _____ документів на _____ аркушах.

Соціальних послуг від фізичної особи, якій призначено щомісячну компенсаційну виплату, допомогу на догляд в установленому законодавством порядку, не отримую. Соціальні послуги не надаю. Договір довічного утримання (догляду) не уклала(в) (вказується у разі отримання соціальних послуг догляду (вдома, стаціонарного, паліативного)).

З умовами та порядком надання соціальних послуг, припинення їх надання, тарифами (у разі надання платних соціальних послуг або з установленням диференційованої плати) ознайомена(ий).

Зобов'язуюсь повідомляти про зміни обставин, які можуть вплинути на надання мені / моєму(їй) синові (доньці) / моїй сім'ї / підопічному(їй) соціальних послуг.

У разі необхідності прийняття рішення щодо звільнення мене / мого(єї) сина (доньки) / моєї сім'ї / підопічного(ої) від плати за соціальні послуги прошу розглянути мою заяву відповідними місцевими органами виконавчої влади / місцевого самоврядування відповідно до частини 7 статті 28 Закону України «Про соціальні послуги» (надання соціальних послуг за бюджетні кошти) (відповідне підкреслити).

Я усвідомлюю, що наведені мною відомості, що вплинули або могли вплинути на прийняте рішення щодо надання соціальної послуги, будуть перевірені згідно з чинним законодавством України.

* Відомості для обчислення середньомісячного сукупного доходу отримувача соціальної послуги не заповнюються щодо

отримувачів соціальних послуг, які мають право на отримання соціальної послуги за рахунок бюджетних коштів незалежно від доходу зокрема:

осіб, які постраждали від торгівлі людьми і отримують соціальну допомогу відповідно до законодавства у сфері протидії торгівлі людьми; осіб, які постраждали від домашнього насильства або насильства за ознакою статі; дітей з інвалідністю; осіб з інвалідністю I групи; дітей-сиріт, дітей, позбавлених батьківського піклування; осіб з їх числа віком до 23 років; сімей опікунів, піклувальників; прийомних сімей; дитячих будинків сімейного типу; сімей патронатних вихователів; дітей, яким не встановлено інвалідність, але які є хворими на тяжкі перинатальні ураження нервової системи, тяжкі вроджені вади розвитку, рідкісні орфанні захворювання, онкологічні, онкогематологічні захворювання, дитячий церебральний параліч, тяжкі психічні розлади, цукровий діабет I типу (інсулінозалежні), гострі або хронічні захворювання нирок IV ступеня; дітей, які отримали тяжку травму, потребують трансплантації органа, потребують паліативної допомоги;

інших категорій осіб, якщо вони потребують соціальних послуг з інформування, консультування, надання притулку, представництва інтересів, перекладу жестовою мовою, а також соціальних послуг, що надаються екстрено (кризово) (необхідне підкреслити) та/або за плату.

** Для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку в паспорті громадянина України.

_____ (дата заповнення)

_____ (підпис)

Заповнюється відповідальною особою структурного підрозділу з питань соціального захисту населення районної, районної у містах Києві / Севастополі державної адміністрації, виконавчого органу сільської, селищної міської районної в місті ради, центру надання соціальних послуг

Відомості з паспорта громадянина України 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 _____

(прізвище та підпис
відповідальної особи)

Ознайомився _____

(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) заявника / законного
представника / уповноваженого представника сім'ї)

Заповнюється відповідальною особою структурного підрозділу з питань соціального захисту населення районної, районної у містах Києві / Севастополі державної адміністрації, виконавчого органу сільської, селищної міської районної в місті ради, центру надання соціальних послуг

Відомості з паспорта громадянина України 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 _____

(прізвище та підпис
відповідальної особи)

Ознайомився _____

(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) заявника / законного
представника / уповноваженого представника сім'ї)

Управлінню соціальної політики Тернопільської міської ради

(найменування структурного підрозділу з питань соціального захисту населення районних у м. Києві/Севастополі державної адміністрації, виконавчого органу сільської, селищної, міської ради (далі - уповноважений орган) / надавача соціальних послуг)

**ДЕКЛАРАЦІЯ
про доходи та майновий стан особи,
яка потребує надання соціальних послуг**

Розділ I. Загальні відомості					
1. _____ (прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) особи, яка потребує надання соціальних послуг (далі - заявник))					
2. Місце проживання/перебування заявника _____ (поштовий індекс, область, район, населений пункт, вулиця, будинок, корпус, квартира)					
3. Члени сім'ї заявника					
Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності)	Число, місяць, рік народження	Ступінь родинного зв'язку	Найменування та реквізити документа, що посвідчує особу	Реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності)	Унікальний номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі (за наявності)
1	2	3	4	5	6
Розділ II. Відомості про доходи потенційного отримувача соціальних послуг, членів його сім'ї, отримані з _____ 20 __ р. до _____ 20 __ р.* (розраховуються відповідно до Методики обчислення середньомісячного сукупного доходу сім'ї для надання соціальних послуг, затвердженої наказом Міністерства соціальної політики від 16 червня 2020 року № 419, зареєстрованим у Міністерстві юстиції 02 липня 2020 року за № 611/34894)					
Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності)	Відомості про доходи				
	вид доходу	розмір доходу	джерело доходу		
1	2	3	4		

* Розділ II заповнюється заявником за наявності в нього доходів, інформація про які відсутня в ДПС, Пенсійному фонді України, фондах загальнообов'язкового державного соціального страхування, та за наявності в заявника доходів, інформація про які не може бути надана за запитом уповноваженого органу.

(підпис заявника, законного представника /
уповноваженої особи органу опіки та піклування)

(дата)