ЗАТВЕРДЖЕНО

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **ІНФОРМАЦІЙНА КАРТКА**

 **адміністративної послуги № 11-36**

«ПРИЗНАЧЕННЯ ГРОШОВОЇ КОМПЕНСАЦІЇ ЗАМІСТЬ САНАТОРНО-КУРОРТНОЇ ПУТІВКИ ГРОМАДЯНАМ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ

ВНАСЛІДОК ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ»

**ЦНАП ПІДГОРОДНЕНСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ**

|  |
| --- |
|  **Інформація про суб'єкт надання адміністративної послуги / центр надання адміністративних послуг / виконавчий орган ради об'єднаної територіальної громади** |
| 1 | Місцезнаходження | Основний офіс: Україна, Дніпропетровська область, Дніпровський район, м. Підгородне, вул. Центральна, буд. № 43-АТериторіальний підрозділ: Україна, Дніпропетровська область, Новомосковський район, с. Спаське, вул. Козинця буд. №81 |
| 2 | Інформація щодо режиму роботи |

|  |  |
| --- | --- |
| **Основний офіс:**Понеділок 8:00 – 17:00Вівторок 8:00 – 17:00Середа 8:00 – 17:00Четвер 8:00 – 20:00 П’ятниця 8:00 – 16:00Без перерви на обідВихідний – субота, неділя, святкові та неробочі дні | **Територіальний підрозділ:**Понеділок 8:00 – 17:00Вівторок 8:00 – 17:00Середа 8:00 – 17:00Четвер 8:00 – 20:00 П’ятниця 8:00 – 16:00Без перерви на обідВихідний – субота, неділя, святкові та неробочі дні |

 |
| 3 | Телефон / факс, електронна адреса, офіційний веб-сайт | Тел. 093-332-46-15Електронна пошта: cnap.pidgorodne.otg@gmail.comСайт: https://pidgorodne.otg.dp.gov.ua/ua/cnapСторінка FB: www.facebook.com/ЦНАП-Підгородненської-ОТГ-108183500979908 |
| **Нормативні акти, якими регламентується надання адміністративної послуги** |
| 4 | Закони України | [Закон України](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/796-12) “Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи”. |
| 5 | Акти Кабінету Міністрів України | [Постанова Кабінету Міністрів України від 08.11.2017 N 838 "Про розмір середньої вартості путівки для виплати грошової компенсації замість путівки громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи"](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/KP940302.html); [постанова Кабінету Міністрів України від 23.11.2016 N 446 "Деякі питання санаторно-курортного лікування та відпочинку громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи"](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/KP150740.html) |
| **Умови отримання адміністративної послуги** |
| 6 | Підстава для отримання | Взяття на облік для виплати грошової компенсації замість путівки громадянам, віднесеним до категорії 1, визначених [статтею 20 Закону України " Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи "](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T355100.html%22%20%5Ct%20%22_top) |
| 7 | Перелік необхідних документів | -Заява на отримання грошової компенсації замість путівки у наступному році;-медична довідка для одержання путівки на санаторно-курортне лікування за формою 070/о;-копія посвідчення громадянина, віднесеного до категорії 1;-копія паспорту |
| 8 | Спосіб подання документів | Заява та документи подаються заявником особисто |
| 9 | Платність (безоплатність) надання | Адміністративна послуга надається безоплатно |
| 10 | Строк надання |  В межах бюджетних призначень протягом календарного року |
| 11 | Перелік підстав для відмови у наданні | Ненадання в повному обсязі підтверджуючих документів |
| 12 | Результат надання адміністративної послуги | Отримання / відмова у виплаті грошової компенсації замість путівки  |
| 13 | Способи отримання відповіді (результату) | Отримання компенсації через поштові або банківські відділення |

**ЗАТВЕРДЖЕНО**

наказом Міністерства соціальної політики України

від 21 квітня 2015 року № 441

|  |  |
| --- | --- |
| ***Заповнюється: заявником / уповноваженим представником*****До органу праці та соціального захисту населення****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****від \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,****зареєстрований 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 C:\Users\Zina\AppData\Roaming\Liga70\Client\Session\Re26920_IMG_001.gif повторне C:\Users\Zina\AppData\Roaming\Liga70\Client\Session\RE26920_IMG_001.GIF 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 одиноким 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 |   |
| 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 |   |
| **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 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 |   |
| **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, який за висновком 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** **C:\Users\Zina\AppData\Roaming\Liga70\Client\Session\Re26920_IMG_003.gif через національного оператора поштового зв'язку № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;** **C:\Users\Zina\AppData\Roaming\Liga70\Client\Session\RE26920_IMG_003.GIF на рахунок у банку № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ МФО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****банк \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;** **C:\Users\Zina\AppData\Roaming\Liga70\Client\Session\RE26920_IMG_003.GIF 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 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 (наймача) житла) |

|  |
| --- |
|  ***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 (наймача) житла)  |