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-А  Територіальний підрозділ: Україна, Дніпропетровська область, Новомосковський район, с. Спаське, вул. Козинця буд. №81 |
| 2 | Інформація щодо режиму роботи | |  |  | | --- | --- | | **Основний офіс:**  Понеділок 8:00 – 17:00  Вівторок 8:00 – 17:00  Середа 8:00 – 17:00  Четвер 8:00 – 20:00  П’ятниця 8:00 – 16:00  Без перерви на обід  Вихідний – субота, неділя, святкові та неробочі дні | **Територіальний підрозділ:**  Понеділок 8:00 – 17:00  Вівторок 8:00 – 17:00  Середа 8:00 – 17:00  Четвер 8:00 – 20:00  П’ятниця 8:00 – 16:00  Без перерви на обід  Вихідний – субота, неділя, святкові та неробочі дні | |
| 3 | Телефон / факс, електронна адреса, офіційний веб-сайт | Тел. 093-332-46-15  Електронна пошта: cnap.pidgorodne.otg@gmail.com  Сайт: https://pidgorodne.otg.dp.gov.ua/ua/cnap  Сторінка 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" \t "_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 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 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**  **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 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) |