

ЗАТВЕРДЖУЮ:
Начальник управління
соціального захисту населення
райдержадміністрації

А. Зизич
2016р.

ІНФОРМАЦІЙНА КАРТКА
адміністративної послуги

Призначення державної соціальної допомоги на дітей-сиріт та позбавлених батьківського піклування, грошового забезпечення батькам-вихователям прийомним батькам за надання соціальних послуг у дитячому будинку та прийомних сім'ях за принципом «гроші ходять за дитиною».

(назва адміністративної послуги)

Управління соціального захисту населення Ужгородської райдержадміністрації
(найменування суб'єкта надання адміністративної послуги)

Інформація про суб'єкт надання адміністративної послуги		
1.	Місце знаходження суб'єкта надання адміністративної послуги	88000, м. Ужгород, вул. Станційна, 56, відділ соціальних допомог
2.	Інформація щодо режиму роботи суб'єкта надання адміністративної послуги	Понеділок - п'ятниця: з 8-00 до 17-00 (за виключенням державних свят), обідня перерва з 12-00 до 13-00
3.	Телефон/факс (довідки), адреса електронної пошти та веб-сайт суб'єкта надання адміністративної послуги	2-69-42; 2-06-30, e-mail: upsznuzhrda@i.ua
Нормативні акти, якими регламентується надання адміністративної послуги		
4.	Закони України	Ст. ст. 8, 25 Закону України „Про забезпечення організаційно-правових умов соціального захисту дітей сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування”
5.	Акти Кабінету Міністрів України	«Порядок призначення і виплати державної соціальної допомоги на дітей-сиріт та дітей позбавлених батьківського піклування, грошового забезпечення батькам-вихователям і прийомним батькам за надання соціальних послуг у дитячих будинках сімейного типу та прийомних сім'ях за принципом «гроші ходять за дитиною» затверджений Постановою Кабінету Міністрів України від 31 січня 2007 р. № 81 (зі змінами та доповненнями).
6.	Акти центральних органів виконавчої влади	
7.	Акти місцевих органів виконавчої влади/ органів місцевого самоврядування	
Умови отримання адміністративної послуги		
8.	Підстава для одержання адміністративної послуги	Звернення до органу заявника
9.	Вичерпний перелік документів, необхідних	Заява за формою, затвердженою Мінпраці; рішення районної, районної у містах Києві та Севастополі

	для отримання адміністративної послуги, а також вимоги до них	держадміністрації, виконавчого органу міської, районної у місті ради про влаштування дитини до дитячого будинку сімейного типу або прийомної сім'ї; документи, що підтверджують статус дитини (рішення суду щодо батьків дитини та самої дитини, копія свідоцтва про народження дитини, у разі смерті батьків – копія свідоцтва про їх смерть); довідка органу державної виконавчої служби про розмір аліментів; довідка з місця навчання про розмір стипендії; копія виписки із акта огляду медико-соціальної експертної комісії або медичного висновку лікарсько-консультативної комісії лікувально-профілактичного закладу про дитину-інваліда, виданих в установленому МОЗ порядку; копія посвідчення, що підтверджує статус особи, наданий відповідно до Закону України "Про статус гірських населених пунктів в Україні" Якщо особа з числа дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, віком від 18 до 23 років або до закінчення відповідних навчальних закладів навчається за денною формою у вищих навчальних закладах I-IV рівня акредитації та професійно-технічних навчальних закладах, подаються довідки про розмір стипендії та про те, що вона не перебуває на повному державному утриманні.
10.	Порядок та спосіб надання документів, необхідних для отримання адміністративної послуги	Подання вищезазначених документів.
11.	Платність (безоплатність) надання адміністративної послуги	Безоплатно
12.	Строк надання адміністративної послуги	Десятиденний термін з дня реєстрації заяви
13.	Перелік підстав для відмови у наданні адміністративної послуги	Подання неповного пакету документів
14.	Результат надання адміністративної послуги	Виплата допомоги та грошового забезпечення
15.	Способи отримання відповіді (результату)	Надсилання повідомлення
16.	Примітка	У відповідності до ст.55 Конституції України кожному гарантується право на оскарження в суді рішень, дій чи бездіяльності органів державної влади, органів місцевого самоврядування, посадових чи службових осіб

Заповнюється: заявником/уповноваженим представником

До органу праці та соціального захисту населення

від _____,
zareestrovаний за адресою: _____,
проживаю за адресою: _____,
контактний телефон _____, паспорт: серія _____ № _____,
виданий _____
“ _____ ” _____ 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 самотніми матерями	
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	
самотніми 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 самотніми малозабезпеченими особами, які за висновком ЛКК закладу охорони здоров'я потребують постійного стороннього догляду (крім інвалідів I групи)	
допомогу на догляд малозабезпеченими інвалідами підгрупи А I групи	
допомогу на догляд малозабезпеченими інвалідами 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 територіїх 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)

<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, вдівці)</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 (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 _____

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства соціальної політики України

21 квітня 2015 року № 441

Заповнюється: заявником/уповноваженим представником

До органу праці та соціального захисту населення

Управління соціального захисту населення Ужгородської райдержадміністраціївід **Іванової Ольги Олегівни** _____,зареєстрований за адресою: **89411, с. Камяниця, вул. Нова, 5, Ужгородського району**,проживаю за адресою: **89411, с. Камяниця, вул. Нова, 5, Ужгородського району**,контактний телефон **050672534333**, паспорт: серія **ВР** № **052133** _____, виданий**Ужгородським РВ УМВС України в Закарпатській області** _____,**“ 23” квітня 2010 р.**, реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія та номерпаспорта з відміткою про відмову від прийняття такого номера **2112223334**, датанародження **„15” березня 1994 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 територіїх 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 усвідомлю, 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)

<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, вдівці)</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 (наймача) житла)

