

**ЗАТВЕРДЖУЮ:**  
**Начальник управління**  
**соціального захисту населення**  
**райдержадміністрації**  
\_\_\_\_\_ **А.Зизич**  
\_\_\_\_\_ **2016р.**

**ІНФОРМАЦІЙНА КАРТКА**  
**адміністративної послуги**

**Призначення допомоги на дітей одиноким матерям.**  
(назва адміністративної послуги)

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

<b>Інформація про суб'єкт надання адміністративної послуги</b>		
<b>1.</b>	Місце знаходження суб'єкта надання адміністративної послуги	88000, м. Ужгород, вул. Станційна, 56, відділ соціальних допомог
<b>2.</b>	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
<b>3.</b>	Телефон/факс (довідки), адреса електронної пошти та веб-сайт суб'єкта надання адміністративної послуги	2-69-42; 2-06-30, e-mail: <a href="mailto:upsznuzhrda@i.ua">upsznuzhrda@i.ua</a>
<b>Нормативні акти, якими регламентується надання адміністративної послуги</b>		
<b>4.</b>	Закони України	Ст. ст. 18-1, 18-2, 18-3 Закон України «Про державну соціальну допомогу сім'ям з дітьми» (зі змінами та доповненнями).
<b>5.</b>	Акти Кабінету Міністрів України	Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2001 р. № 1751 «Про затвердження Порядку призначення і виплати державної допомоги сім'ям з дітьми» (зі змінами та доповненнями).
<b>6.</b>	Акти центральних органів виконавчої влади	
<b>7.</b>	Акти місцевих органів виконавчої влади/ органів місцевого самоврядування	
<b>Умови отримання адміністративної послуги</b>		
<b>8.</b>	Підстава для одержання адміністративної послуги	Звернення до органу особи, яка має статус матері одиночки.
<b>9.</b>	Вичерпний перелік документів, необхідних для отримання адміністративної послуги, а також вимоги до них	Заява про призначення допомоги та декларація про доходи, що складається за формою, затвердженою Мінпраці; копія паспорту та довідки про присвоєння ідентифікаційного номера Єдиного державного реєстру фізичних осіб, витяг з Державного реєстру актів цивільного стану громадян про реєстрацію народження дитини із зазначенням відомостей про батька дитини для призначення допомоги, виданий відділом реєстрації

		<p>актів цивільного стану, або довідка про народження із зазначенням підстав внесення відомостей про батька дитини, видана виконавчим органом сільської, селищної, міської (крім міст обласного значення) рад для виплати допомог; копія свідоцтва про народження дитини; довідка про проживання дитини з матір'ю, видана за місцем проживання сім'ї ( у разі неможливості одержати таку довідку допомога призначається на підставі висновку про початкову оцінку потреб дитини та сім'ї, наданого центром соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, із зазначенням факту проживання дитини з матір'ю); декларацію про доходи та майновий стан осіб, що звернулися за призначенням усіх видів соціальної допомоги (заповнюється на підставі довідок про доходи кожного члена сім'ї).</p> <p><b>Усиновлювачі подають також копію рішення про усиовлення.</b></p> <p>Якщо дитина навчається за межами населеного пункту, в якому проживає мати, і не перебуває на повному державному утриманні, замість довідки про проживання дитини з матір'ю подається довідка з місця проживання матері та довідка з місця проживання (навчання) дитини.)</p> <p>Якщо діти навчаються за денною формою у загальноосвітніх, професійно-технічних та вищих навчальних закладах I-IV рівня акредитації, виплата допомоги на дітей одиноким матерям продовжується на підставі довідки навчального закладу - до закінчення такими дітьми навчальних закладів, але не довше ніж до досягнення ними 23 років.</p> <p>Якщо одинока мати народила дитину за межами України і не може подати документ, який підтверджує той факт, що вона є одинокою матір'ю, рішення про призначення їй допомоги на дитину приймається органом соціального захисту населення на підставі висновку про початкову оцінку потреб дитини та сім'ї, наданого центром соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді із зазначенням інформації про факт проживання дитини з матір'ю, і документа про народження дитини легалізованого в установленому порядку, якщо інше не передбачено міжнародними договорами України.</p> <p><b>Мати (батько) дітей у разі смерті одного з батьків, які не одержують на них пенсію в разі втрати годувальника або соціальну пенсію, подають копію свідоцтва про смерть одного з подружжя та довідку про те, що вони не одержують на дітей зазначені пенсії.</b></p>
10.	Порядок та спосіб надання документів, необхідних для отримання адміністративної послуги	Подання вищезазначених документів.

<b>11.</b>	Платність (безоплатність) надання адміністративної послуги	Безоплатно.
<b>12.</b>	Строк надання адміністративної послуги	10 календарних днів з дня реєстрації заяви
<b>13.</b>	Перелік підстав для відмови у наданні адміністративної послуги	Подання неповного пакету документів
<b>14.</b>	Результат надання адміністративної послуги	Виплата допомоги на дітей одиноким матерям
<b>15.</b>	Способи отримання відповіді ( результату)	Надсилання повідомлення
<b>16.</b>	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 \_\_\_\_\_,  
zareєстрований 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)

<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 одиницями 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 одиницями 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	

<b>5. Компенсаційні виплати та допомоги громадянам, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи</b>	
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 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</b> (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>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 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
-------------------	------------	---------------	-----------

<b><u>2. З особою, від якої маю дитину</u></b>	<b>Проживаю</b>	<b>Не проживаю</b>	
<b><u>3. Пенсію в разі втрати годувальника або соціальну пенсію (заповнюють лише вдови, вдівці)</u></b>	<b>Отримую</b>	<b>Не отримую</b>	

**Інформація, яка повідомляється одержувачем державної соціальної допомоги інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам щодо призначення пенсії в разі втрати годувальника:**

<b>Управління Пенсійного фонду, у якому перебуває на обліку одержувач допомоги</b>	<b>Номер пенсійної справи</b>

**Інформація, яка повідомляється одержувачами компенсаційних виплат та допомог по догляду щодо отримання пенсій (допомог) особою, за якою здійснюється догляд:**

<b>П. І. Б., адреса, орган, у якому перебуває на обліку одержувач пенсії (допомоги) (особа, за якою здійснюється догляд)</b>	<b>Номер пенсійної справи</b>

*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 \_\_\_\_\_



**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 райдержадміністрації**від **Іванової Ольги Олегівни** \_\_\_\_\_,zareєстрований за адресою: **89411, с. Кам'яниця, вул. Нова, 5, Ужгородського району**,проживаю за адресою: **89411, с. Кам'яниця, 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

номер паспорта з відміткою про відмову від прийняття такого номера **2112223334**,

дата народження „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)**

<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 одиницями 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 одиницями 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	
<b>5. Компенсаційні виплати та допомоги громадянам, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи</b>	
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	
<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 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, компенсацій 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
-------------------	------------	---------------	-----------



<b><u>2. З особою, від якої маю дитину</u></b>	<b>Проживаю</b>	<b>Не проживаю</b>	
<b><u>3. Пенсію в разі втрати годувальника або соціальну пенсію (заповнюють лише вдови, вдівці)</u></b>	<b>Отримую</b>	<b>Не отримую</b>	

**Інформація, яка повідомляється одержувачем державної соціальної допомоги інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам щодо призначення пенсії в разі втрати годувальника:**

<b>Управління Пенсійного фонду, у якому перебуває на обліку одержувач допомоги</b>	<b>Номер пенсійної справи</b>

**Інформація, яка повідомляється одержувачами компенсаційних виплат та допомог по догляду щодо отримання пенсій (допомог) особою, за якою здійснюється догляд:**

<b>П. І. Б., адреса, орган, у якому перебуває на обліку одержувач пенсії (допомоги) (особа, за якою здійснюється догляд)</b>	<b>Номер пенсійної справи</b>

*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 \_\_\_\_\_



**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  
наказом Міністерства праці та  
соціальної політики України  
від 22.03.2007 № 204 (із змінами)

Заповнюється заявником /уповноваженим представником сім'ї/ власником, співвласником (наймачем)  
житла

До органу праці та соціального захисту населення \_\_\_\_\_

**Декларація  
про доходи та майновий стан осіб, які звернулися за призначенням  
усіх видів соціальної допомоги**

<b>РОЗДІЛ I. Загальні відомості</b>			
1. _____ <i>(прізвище, ім'я, по батькові заявника /уповноваженого представника сім'ї / власника, співвласника (наймача) житла)</i>			
2. Місце проживання: _____ <i>(поштовий індекс, область, район, населений пункт, вулиця, будинок, корпус, квартира)</i>			
3. Члени сім'ї або зареєстровані у житловому приміщенні/будинку особи, члени сімей, що проживають окремо (дружина, чоловік, неповнолітні діти)			
Прізвище, ім'я, по батькові	Ступінь родинного зв'язку	Ідентифікаційний номер	Примітки
1	2	3	4

<b>Розділ II. Доходи членів сім'ї або зареєстрованих у житловому приміщенні / будинку осіб, членів сім'ї, що проживають окремо (дружини, чоловіка, неповнолітніх дітей) за період з _____ 200__ р. до _____ 200__ р. (відповідно до Методики обчислення сукупного доходу сім'ї для всіх видів соціальної допомоги, затвердженої наказом Мінпраці, Мінекономіки, Мінфіну, Держкомстату, Держкомсім'ямолоді та зареєстрованої у Мін'юсті 07.02.2002 за №112/6400, із змінами)</b>			
Прізвище, ініціали	Відомості про доходи		
	вид доходу	розмір доходу	джерело доходу
1	2	3	4



<b>Розділ VI. Відомості про наявність додаткових джерел для існування за період</b> з _____ 200 р. до _____ 200 р.		
Вид джерела для існування	Характеристика засобів для отримання	Інформація про використання наявних засобів
1	2	3
здача у найм або оренду житлового приміщення (будинку) або його частини		
один чи кілька членів сім'ї працюють без оформлення трудових відносин у встановленому порядку		
можливість отримання доходу від утримання худоби, птиці, інших тварин		
дохід від народних промислів		
використання наявної сільськогосподарської техніки, вантажної машини, мікроавтобуса		
заощадження (що мають документальне підтвердження)		
грошові перекази		
інші види додаткових джерел для існування		

<b>Розділ VII. Відомості про витрати, здійснені протягом 12 місяців перед зверненням</b>			
Прізвище, ініціали особи	Вид майна або послуг	Вартість	Дата здійснення покупки або оплати послуг
1	2	3	4
придбання земельної ділянки			
придбання квартири (будинку)			
придбання автомобіля, транспортного засобу (механізму)			
придбання будівельних матеріалів			
придбання інших товарів довгострокового вжитку			
придбання іншого майна			

Разом			
1	2	3	4
оплата послуги з будівництва, ремонту квартири (будинку)			
оплата послуги з ремонту автомобіля, транспортного засобу (механізму)			
оплата послуги телефонного (в тому числі мобільного) зв'язку			
оплата послуги з навчання			
оплата інших послуг			
Разом			

Про відмову в призначенні або припинення виплати субсидії для відшкодування витрат на оплату житлово-комунальних послуг на придбання скрапленого газу, твердого та рідкого пічного побутового палива, а також державної соціальної допомоги малозабезпеченим сім'ям в разі подання неповних чи недостовірних відомостей про доходи та майновий стан членів сім'ї або зареєстрованих у житловому приміщенні / будинку осіб, членів сім'ї, що проживають окремо (дружини, чоловіка, неповнолітніх дітей) мене попереджено.

\_\_\_\_\_

(підпис заявника)

\_\_\_\_\_

(дата)

## ЗРАЗОК

ЗАТВЕРДЖЕНО  
наказом Міністерства праці та  
соціальної політики України  
від 22.03.2007 № 204 (із змінами)

Заповнюється заявником /уповноваженим представником сім'ї/ власником, співвласником (наймачем) житла

До органу праці та соціального захисту населення  
**Управління соціального захисту населення Ужгородської райдержадміністрації**

**Декларація  
про доходи та майновий стан осіб, які звернулися за призначенням  
усіх видів соціальної допомоги**

РОЗДІЛ I. Загальні відомості			
1. <b>Іванова Олена Олегівна</b> <i>(прізвище, ім'я, по батькові заявника /уповноваженого представника сім'ї/ власника, співвласника (наймача) житла)</i>			
2. Місце проживання: <b>89411, с. Камяниця, вул. Нова, 5, Ужгородськогорайону</b> <i>(поштовий індекс, область, район, населений пункт, вулиця, будинок, корпус, квартира)</i>			
3. Члени сім'ї або зареєстровані у житловому приміщенні/будинку особи, члени сімей, що проживають окремо (дружина, чоловік, неповнолітні діти)			
Прізвище, ім'я, по батькові	Ступінь родинного зв'язку	Ідентифікаційний номер	Примітки
1	2	3	4
Іванова Олена Олегівна	заявник	4535128947	
Іванов Іван Іванович	чоловік	2356452314	
Іванова Ольга Іванівна	дочка		
Іванов Дмитро Іванович	син		

Розділ II. Доходи членів сім'ї або зареєстрованих у житловому приміщенні / будинку осіб, членів сім'ї, що проживають окремо (дружини, чоловіка, неповнолітніх дітей) за період з <b>01.07.2015р. до 31.12.2016р.</b> (відповідно до Методики обчислення сукупного доходу сім'ї для всіх видів соціальної допомоги, затвердженої наказом Мінпраці, Мінекономіки, Мінфіну, Держкомстату, Держкомсім'ямолоді та зареєстрованої у Мін'юсті 07.02.2002 за №112/6400, із змінами)			
Прізвище, ініціали	Відомості про доходи		
	вид доходу	розмір доходу	джерело доходу
1	2	3	4
Іванова О.О.	зарплата	30256,00	ЗАТ «АВЕ»
Іванов І. І	пенсія	23589,00	Пенсійний фонд Ужгородського району
Іванова О.І.	стипендія	12300,00	УжНУ

--	--	--	--

1	2	3	4

**Розділ III. Відомості про житлові приміщення, що перебувають у власності або володінні членів сім'ї або зареєстрованих у житловому приміщенні / будинку осіб, членів сім'ї, що проживають окремо (дружини, чоловіка, неповнолітніх дітей)**

Прізвище, ініціали власника (наймача)	Загальна площа житлового приміщення	Кількість осіб, зареєстрованих у житловому приміщенні	Адреса житлового приміщення
1	2	3	4
<b>Іванов Іван Іванович</b>	<b>105 кв. м.</b>	<b>4</b>	<b>с. Кам'яниця, вул. Нова, 5, Ужгородського району</b>

**Розділ IV. Відомості про транспортні засоби, які зареєстровані в установленому порядку та перебувають у власності або володінні членів сім'ї або зареєстрованих у житловому приміщенні / будинку осіб, членів сім'ї, що проживають окремо (дружини, чоловіка, неповнолітніх дітей)**

Прізвище, ініціали власника	Автомобіль марки	Державний номерний знак	Рік випуску	Автомобілі, отримані через органи праці та соціального захисту населення
1	2	3	4	5
<b>Іванов Іван Іванович</b>	<b>ВАЗ -2107</b>	<b>РЕ 165539</b>	<b>1987 р.</b>	

**Розділ V. Відомості про земельні ділянки, що перебувають у власності або володінні (користуванні) членів сім'ї або зареєстрованих у житловому приміщенні / будинку осіб, членів сім'ї, що проживають окремо (дружини, чоловіка, неповнолітніх дітей)**

Прізвище, ініціали власника (користувача)	Площа земельної ділянки	Форма власності	Призначення земельної ділянки
1	2	3	4
<b>Іванов Іван Іванович</b>	<b>0,05</b>	<b>приватна</b>	<b>дворогосподарство</b>

<b>Розділ VI. Відомості про наявність додаткових джерел для існування за період з _____ 200 р. до _____ 200 р.</b>		
Вид джерела для існування	Характеристика засобів для отримання	Інформація про використання наявних засобів
1	2	3
здача у найм або оренду житлового приміщення (будинку) або його частини		
один чи кілька членів сім'ї працюють без оформлення трудових відносин у встановленому порядку		
можливість отримання доходу від утримання худоби, птиці, інших тварин		
дохід від народних промислів		
використання наявної сільськогосподарської техніки, вантажної машини, мікроавтобуса		
заощадження (що мають документальне підтвердження)		
грошові перекази		
інші види додаткових джерел для існування		

<b>Розділ VII. Відомості про витрати, здійснені протягом 12 місяців перед зверненням</b>			
Прізвище, ініціали особи	Вид майна або послуг	Вартість	Дата здійснення покупки або оплати послуг
1	2	3	4
придбання земельної ділянки			
придбання квартири (будинку)			
придбання автомобіля, транспортного засобу (механізму)			
придбання будівельних матеріалів			
придбання інших товарів довгострокового вжитку			
придбання іншого майна			



Разом			
1	2	3	4
оплата послуги з будівництва, ремонту квартири (будинку)			
оплата послуги з ремонту автомобіля, транспортного засобу (механізму)			
оплата послуги телефонного (в тому числі мобільного) зв'язку			
оплата послуги з навчання			
оплата інших послуг			
Разом			

Про відмову в призначенні або припинення виплати субсидії для відшкодування витрат на оплату житлово-комунальних послуг на придбання скрапленого газу, твердого та рідкого пічного побутового палива, а також державної соціальної допомоги малозабезпеченим сім'ям в разі подання неповних чи недостовірних відомостей про доходи та майновий стан членів сім'ї або зареєстрованих у житловому приміщенні / будинку осіб, членів сім'ї, що проживають окремо (дружини, чоловіка, неповнолітніх дітей) мене попереджено.

\_\_\_\_\_  
(підпис заявника)

**11.01.2015р.**

\_\_\_\_\_  
(дата)