

ЗАТВЕРДЖУЮ:
Начальник управління
соціального захисту населення
райдержадміністрації
_____ А. Зизич
_____ 2016р.

ІНФОРМАЦІЙНА КАРТКА
адміністративної послуги

Надбавка на догляд за інвалідами з дитинства та дітьми-інвалідами
(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	Закон України «Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам» (зі змінами та доповненнями).
5.	Акти Кабінету Міністрів України	
6.	Акти центральних органів виконавчої влади	Наказ Мінпраці, Мінфіну, Мінохорони здоров'я від 30.04.2002р. № 226/293/169 „Про затвердження Порядку надання державної соціальної допомоги інвалідам з дитинства та дітям інвалідам” (зі змінами та доповненнями).
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 для отримання адміністративної послуги, а також вимоги до них	Заява про призначення усіх видів соціальних допомог за формою, затвердженою Мінпраці; копії паспорту, в разі його відсутності інший документ, що може засвідчувати особу, яка подає заяву; довідка про реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія та номер паспорта (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання

відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідний орган державної податкової служби і мають відмітку у паспорті); оригінал та копія свідоцтва про народження дитини-інваліда; довідка з місця навчання із зазначенням факту перебування на повному державному утриманні; довідка про місце проживання інваліда з дитинства або дитини-інваліда чи копія паспорта інваліда з дитинства або дитини-інваліда з відомостями про місце проживання; довідка про місце проживання законного представника, піклувальника, який подав заяву, чи копія паспорта з відомостями про місце проживання.

Іноземці та особи без громадянства додатково подають копію посвідки на постійне або тимчасове проживання.

Для призначення надбавки на догляд за дитиною-інвалідом одинока матір (одинокий батько) додатково до документів, зазначених вище подає: оригінал довідки органу реєстрації актів цивільного стану про підстави внесення до книги реєстрації народження відомостей про батька дитини (на яку призначається надбавка на догляд), якщо одинока мати не перебуває (не перебувала) на обліку в місцевих органах з питань соціального захисту населення як одинока мати, або довідку зазначених органів про те, що вона перебуває (перебувала) на обліку як одинока мати дитини-інваліда, на яку призначається надбавка на догляд; довідку про спільне проживання з дитиною-інвалідом, видану уповноваженим органом за місцем проживання. При неможливості отримати таку довідку місцевий орган з питань соціального захисту населення здійснює обстеження на дому і складає акт обстеження з висвітленням цих фактів за формою; рішення про усиновлення (для усиновлених дітей); довідка з місця навчання дитини.

Для призначення надбавки на догляд за дитиною-інвалідом одному з батьків, усиновителів, опікуну, піклувальнику, які не працюють, не навчаються (крім заочної форми навчання), не проходять службу, не займають виборну посаду і фактично здійснюють догляд за дитиною-інвалідом, додатково до документів, зазначених вище: заява про призначення надбавки на догляд за дитиною-інвалідом; довідка про склад сім'ї (крім сім'ї опікуна, піклувальника) із зазначенням прізвищ, імен та по батькові, родинних стосунків членів сім'ї; копія трудової книжки, довідка з центру зайнятості про те, що особа не перебуває на обліку як безробітна, довідка про доходи за останній звітний період (рік), а в разі відсутності трудової книжки - лише зазначені довідки; довідка про спільне проживання дитини-інваліда з одним з батьків, усиновителем, опікуном, піклувальником, видана уповноваженим органом за місцем проживання. При неможливості отримати таку довідку орган праці та соціального захисту здійснює обстеження на дому і складає акт обстеження з

		висвітленням цих фактів; довідка з місця навчання дитини; рішення про встановлення опіки чи піклування над дитиною-інвалідом (для опікунів і піклувальників дітей-інвалідів).
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	10 календарних днів з дня реєстрації заяви
13.	Перелік підстав для відмови у наданні адміністративної послуги	Подання неповного пакету документів
14.	Результат надання адміністративної послуги	Виплата допомоги на поховання інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам.
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

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства соціальної політики України

21 квітня 2015 року № 441

Заповнюється: заявником/уповноваженим представником

До органу праці та соціального захисту населення

від _____,
зарєєстрований 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 одиницями 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 І групи	
надбавку на догляд за інвалідом з дитинства підгрупи Б І групи	
одиноким інвалідам з дитинства ІІ і ІІІ 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 І групи	
допомогу жінкам, яким присвоєно звання України „Мати-героїня”	
допомогу інвалідам ІІ групи	
допомогу інвалідам ІІІ 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 І групи)	
допомогу на догляд малозабезпеченим інвалідам підгрупи А І групи	
допомогу на догляд малозабезпеченим інвалідам підгрупи Б І 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 І чи ІІ 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 І 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 № _____

ЗРАЗОК

ЗРАЗОК

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 _____,

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 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)

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 одиницею 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 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

