

	<p align="center">ІНФОРМАЦІЙНА КАРТКА № 190</p> <p align="center">Затверджена рішенням виконкому міської ради від 02.10.2019 № 347 (зі змінами)</p>	<p align="center">Центр надання адміністративних послуг виконкому Пирятинської міської ради</p> <p align="center">37000, м. Пирятин пл. Героїв Майдану,2 тел. (05358)3-23-50,3-23-53 E-mail: snar@pyryatyn-mrada.gov.ua</p> <p align="center">Графік роботи: Понеділок – з 08-00 до 17-00 Вівторок – з 08-00 до 17-00 Середа – з 08-00 до 17-00 Четвер – з 08-00 до 20-00 П'ятниця – з 08-00 до 17-00 Субота - з 08-00 до 14-00</p>
	<p align="center">Про надання соціальної послуги „Догляд вдома“ особам похилого віку, інвалідам, які нездатні до самообслуговування і потребують постійної сторонньої допомоги</p>	
<p align="center">1.</p>	<p>1. Перелік документів, необхідних для отримання соціальної послуги</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Письмова заява встановленої форми (до управління соціального захисту населення) 2. Паспорт громадянина України. 3. Документ, що засвідчує реєстрацію у Державному реєстрі фізичних осіб – платників податків, у якому зазначено реєстраційний номер облікової картки платника податків, або копія паспорту (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовились від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків). 4. Довідка до акту огляду медико-соціальною експертною комісією за формою, затвердженою МОЗ (для осіб з інвалідністю). 5. Медичний висновок про здатність до самообслуговування та потребу в сторонній допомозі (у разі потреби). 6. Довідка про зареєстрованих у житловому приміщенні/будинку осіб. 7. Довідка про доходи всіх членів сім'ї за 6 місяців що передують місяцю звернення. 8. Акт оцінювання потреб особи/сім'ї у соціальних послугах.
<p align="center">2.</p>	<p align="center">Порядок та спосіб їх подання</p>	<p>Заява з доданими документами надається заявником особисто, його законним представником, фахівцем із соціальної роботи</p>
<p align="center">3.</p>	<p align="center">Платність(безоплатність) надання послуги</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. За рахунок бюджетних коштів. 2. З установленням диференційованої плати залежно від доходу отримувача соціальних послуг. 3. За рахунок отримувача соціальних послуг або третіх осіб відповідно до законодавства.
<p align="center">4.</p>	<p align="center">Строк надання соціальної послуги</p>	<p>Рішення про надання соціальних послуг чи відмову у їх наданні приймається протягом десяти днів з дня одержання заяви.</p>

5.	Перелік підстав для відмови у наданні соціальної послуги	<p>1. Відсутність потреби особи/сім'ї в соціальних послугах за результатами оцінювання потреб особи/ сім'ї.</p> <p>2. Ненадання надавачем тих послуг, яких потребує особа/сім'я.</p> <p>3. Наявність в особи відповідно до медичного висновку медичних показань, перелік яких затверджується МОЗ.</p>
6.	Результат надання послуги	Забезпечення догляду вдома в обсягах визначених Державним стандартом.
7.	Способи отримання відповіді (результату)	Повідомлення про надання/відмову в наданні соціальних послуг
8.	Акти законодавства, що регулюють порядок та умови надання послуги	Закон України „Про соціальні послуги“, постанова Кабінету Міністрів України від 01.06.2020 № 587 „Про організацію надання соціальних послуг“, постанова Кабінету Міністрів України від 01.06.2020 № 429 „Про затвердження Порядку установлення диференційованої плати за надання соціальних послуг“, наказ Міністерства соціальної політики України від 13.11.2013 № 760 „Про затвердження Державного стандарту догляду вдома“
9.	Право на оскарження	Суб'єкт звернення має право подати скаргу: на дії чи бездіяльність адміністраторів керівнику ЦНАП або міському голові; до суб'єкта надання послуги або до вищого органу відносно того органу, що вирішив справу та в судовому порядку
10.	Відповідальний за виконання	Пирятинський Центр надання соціальних послуг Пирятинської міської ради 37000, Полтавська обл., м. Пирятин, вул. Соборна, 19 Тел. (05358) 31353

Відділ № 3 Управління соціального захисту населення Лубенської райдержадміністрації

(прізвище, ім'я, по батькові заявника / законного представника / уповноваженого представника сім'ї)

Дата народження _____

Місце проживання / перебування _____

Номер телефону _____

Документ, що посвідчує особу:

серія _____ № _____,

ким та коли виданий _____

Реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія та номер паспорта*

Реєстрація місця проживання: _____

**Заява
про надання соціальних послуг**

№ _____
(дата реєстрації заяви)

Прошу надати мені / моєму(їй) синові (доньці) / моїй сім'ї / підопічному(їй)
(необхідне підкреслити) _____

_____ (прізвище, ім'я, по батькові сина (доньки) чи підопічного(ї))

дата народження „_____” _____ рік,

наявність інвалідності _____ (група інвалідності, термін)

який (яка) проживає / перебуває за адресою: _____

зареєстрованого(ї) за адресою: _____

соціальну(і) послугу(и):

догляд вдома	
догляд стаціонарний	
денний догляд	
підтримане проживання	
паліативний / хоспісний догляд	
соціальний супровід сімей, у яких виховуються діти-сироти і діти, позбавлені батьківського піклування	
соціальної адаптації	
соціальної інтеграції та реінтеграції	
соціальної реабілітації	
соціально-психологічної реабілітації	
надання притулку	
екстрене (кризове) втручання	
консультування	
соціальний супровід	

Дані про види та суми доходів членів сім'ї з _____ р. до _____ р.

Прізвище, ім'я, по батькові	Відомості про доходи		
	вид доходу	сума доходу, грн	Найменування організації, де отримано дохід

До заяви відповідно до законодавства додано _____ документів на _____ аркушах.

Соціальних послуг від фізичної особи, якій призначено щомісячну компенсаційну виплату, допомогу на догляд в установленому законодавством порядку, не отримую. Соціальні послуги не надаю. Договір довічного утримання (догляду) не уклала(в) *(зазначається у разі отримання соціальних послуг догляду (вдома, стаціонарного, паліативного / хоспісного))*.

З умовами та порядком надання соціальних послуг, припинення їх надання, тарифами та розмірами оплати (у разі надання платних соціальних послуг або з установленням диференційованої плати) ознайомена(ий).

Зобов'язуюсь повідомляти про зміни обставин, які можуть вплинути на надання мені / моєму(їй) синові (доньці) / моїй сім'ї / підопічному(їй) соціальних послуг.

У разі необхідності прийняття рішення щодо звільнення мене / мого(єї) сина (доньки) / моєї сім'ї / підопічного(ої) від плати за соціальні послуги прошу розглянути мою заяву відповідними місцевими органами виконавчої влади / місцевого самоврядування відповідно до частини 7 статті 28 Закону України „Про соціальні послуги” (надання соціальних послуг за бюджетні кошти) (відповідне підкреслити).

Я усвідомлюю, що наведені мною відомості, що вплинули або могли вплинути на прийняте рішення щодо надання соціальної послуги, будуть перевірені згідно з чинним законодавством України.

Відповідно до Закону України „Про захист персональних даних“ даю згоду на обробку персональних даних.

* Для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку в паспорті громадянина України.

** Відомості про склад сім'ї не заповнюються щодо отримувачів соціальних послуг, які мають право на отримання соціальної послуги за рахунок бюджетних коштів незалежно від доходу зокрема:

осіб, які постраждали від торгівлі людьми і отримують соціальну допомогу відповідно до законодавства у сфері протидії торгівлі людьми; осіб, які постраждали від домашнього насильства або насильства за ознакою статі; дітей з інвалідністю; осіб з інвалідністю I групи; дітей-сиріт, дітей, позбавлених батьківського піклування; осіб з їх числа віком до 23 років; сімей опікунів, піклувальників;

прийомних сімей; дитячих будинків сімейного типу; сімей патронатних вихователів; дітей, яким не встановлено інвалідність, але які є хворими на тяжкі перинатальні ураження нервової системи, тяжкі вроджені вади розвитку, рідкісні орфанні захворювання, онкологічні, онкогематологічні захворювання, дитячий церебральний параліч, тяжкі психічні розлади, цукровий діабет I типу (інсулінозалежні), гострі або хронічні захворювання нирок IV ступеня; дітей, які отримали тяжку травму, потребують трансплантації органа, потребують паліативної допомоги;

інших категорій осіб, якщо вони потребують соціальних послуг з інформування, консультування, надання притулку, представництва інтересів, перекладу жестовою мовою, а також соціальних послуг, що надаються екстрено (кризово) (необхідне підкреслити).

*** Інформація про місце реєстрації та місце фактичного проживання, перебування особи за кордоном сукупно понад 60 днів, про перебування особи в місцях позбавлення волі.

_____ (дата заповнення)

_____ (підпис)

Заповнюється відповідальною особою структурного підрозділу з питань соціального захисту населення районної, районної у містах Києві / Севастополі державної адміністрації, виконавчого органу міської ради міст обласного значення, ради об'єднаної територіальної громади

Відомості з паспорта громадянина України 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:



Заповнюється відповідальною особою структурного підрозділу з питань соціального захисту населення районної, районної у містах Києві / Севастополі державної адміністрації, виконавчого органу міської ради міст обласного значення, ради об'єднаної територіальної громади

Відомості з паспорта громадянина України 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: