

	<p align="center">ІНФОРМАЦІЙНА КАРТКА № 195</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 кризового та екстреного втручання</p>	
<p align="center">1.</p>	<p align="center">Перелік документів, необхідних для отримання соціальної послуги</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Письмова заява встановленої форми. 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. Повідомлення/інформація про сім'ю, особу, яка перебуває в складних життєвих обставинах. 5. Довідка про взяття на облік внутрішньо переміщеної особи (за наявності). 6. Довідка про зареєстрованих у житловому приміщенні/будинку осіб (за наявності). 7. Довідки про доходи членів сім'ї за попередні шість місяців, що передують місяцю звернення за наданням соціальних послуг (за потреби). 8. Акт оцінювання потреб особи/ сім'ї у соціальних послугах (за потреби).
<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 надання соціальної послуги кризового та екстреного втручання в обсягах визначених Державним стандартом.
7.	Способи отримання відповіді (результату)	Повідомлення про надання/відмову в наданні соціальної послуги
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 установалення диференційованої плати за надання соціальних послуг“, наказ Міністерства соціальної політики України від 01.07.2016 № 716 „Про затвердження Державного стандарту соціальної послуги кризового та екстреного втручання“
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, площа Героїв Майдану, 2

від _____

(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: _____

zareєстрованого(ї) за адресою: _____ ,

соціальну(і) послугу(и):

соціальний супровід сімей (осіб), які перебувають в складних життєвих обставинах	
екстрене (кризове) втручання	
консультування	
соціальний супровід сімей, у яких виховуються діти-сироти і діти, позбавлені батьківського піклування	
представництво інтересів	

Надавач соціальної послуги:

Центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді/ центр надання соціальних послуг

інший суб'єкт, що надає соціальні послуги із залученням бюджетних коштів (зазначити який)

Відомості про склад сім'ї отримувача соціальної послуги**

Прізвище, ім'я, по батькові	Ступінь родинного зв'язку	Число, місяць, рік народження	Серія, № паспорта, свідоцтва про народження (для осіб віком до 16 років)	Реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія та номер паспорта*	Примітки***

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.

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 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:
