


|  |   |  |
|--|---|--|
|   | <p align="center"><b>ІНФОРМАЦІЙНА<br/>КАРТКА<br/>№ 204</b></p> <p align="center">Затверджена рішенням<br/>виконкому міської ради<br/>від 02.10.2019 № 347</p> | <p align="center"><b>Центр надання<br/>адміністративних послуг<br/>виконкому Пирятинської<br/>міської ради</b></p> <p align="center">37000, м.Пирятин<br/>пл.Героїв Майдану, 2<br/>тел. (05358) 3-23-50, 3-23-53<br/>E-mail: <a href="mailto:snar@pyryatyn-mrada.gov.ua">snar@pyryatyn-mrada.gov.ua</a></p> <p align="center">Графік роботи:</p> <p>Понеділок – з 08-00 до 17-00<br/>Вівторок – з 08-00 до 17-00<br/>Середа – з 08-00 до 17-00<br/>Четвер – з 08-00 до 20-00<br/>П'ятниця – з 08-00 до 17-00<br/>Субота – з 08-00 до 14-00</p>   |
| <p align="center"><b>Видача направлення окремим категоріям осіб для надання послуги із комплексної реабілітації (абілітації)</b></p> |   |  |
| <p align="center">1.</p>   | <p align="center"><b>Перелік документів,<br/>необхідних для<br/>(надання) отримання<br/>послуги</b></p>   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Заява про надання послуг із комплексної реабілітації (абілітації).</li> <li>2. Індивідуальна програма реабілітації, видана медико-соціальною експертною комісією, лікарсько-консультативною комісією лікувально-профілактичного закладу (для дітей з інвалідністю).</li> <li>3. Висновок лікарсько-консультативної комісії лікувально-профілактичного закладу (для дітей віком до трьох років, які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності) з рекомендаціями щодо проходження комплексної реабілітації (абілітації) в установі.</li> <li>4. Паспорт громадянина України (паспорт зразка 1994 року або ID картка та форма 13) або інші документи, що посвідчують особу заявника.</li> <li>5. Свідоцтво про народження (для дітей з інвалідністю, дітей віком до трьох років, які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності) або інший документ, що посвідчує особу.</li> <li>6. Довідка про реєстраційний номер облікової картки платника податків або серію 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).</li> <li>7. Документ про освіту (для отримувачів, які потребують професійної реабілітації).</li> <li>8. Виписка з медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого (форма № 027/о).</li> <li>9. Довідка про взяття на облік внутрішньо переміщених осіб (для отримувачів, які є внутрішньо переміщеними особами).</li> </ol> |

|     |  |   |
|-----|--|---|
| 2.  | <b>Порядок та спосіб їх подання</b>                                      | Отримувачем послуги подається письмова заява та документи, передбачені законодавством.  |
| 3.  | <b>Платність(безоплатність)</b>  | Безкоштовно   |
| 4.  | <b>Строк надання послуги</b>   | Протягом 5 робочих днів після надходження заяви зі всіма необхідними документами  |
| 5.  | <b>Перелік підстав для відмови у наданні послуги</b>                     | 1. Подання неповного пакету документів у строк передбачений чинним законодавством.  |
| 6.  | <b>Результат послуги</b>   | 1 Інформує отримувача або його законного представника про прийняте рішення щодо направлення на комплексну реабілітацію (абілітацію).<br>2. Вносить до централізованого банку даних з проблем інвалідності інформацію про направлення отримувача на комплексну реабілітацію (абілітацію).<br>3. Надсилає установі повідомлення про направлення отримувача на комплексну реабілітацію (абілітацію) з відміткою про внесення інформації про отримувача до централізованого банку даних з проблем інвалідності та копії документів. |
| 7.  | <b>Способи отримання відповіді (результату)</b>                          | Особисто або уповноважений представник  |
| 8.  | <b>Акти законодавства, що регулюють порядок та умови надання послуги</b> | ЗУ „Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні“; Постанова КМУ від 31.01.2007 № 80 „Про затвердження Порядку надання окремим категоріям осіб послуг із комплексної реабілітації“; Постанова КМУ від 16.02.2011 № 121„Про затвердження Положення про централізований банк даних з проблем інвалідності“; Наказ Мінсоцполітики України від 27.09.2018 № 1423 „Про затвердження форм документів щодо направлення окремих категорій осіб на комплексну реабілітацію (абілітацію)“.  |
| 9.  | <b>Право на оскарження</b>   | Суб’єкт звернення має право подати скаргу: на дії чи бездіяльність адміністраторів керівнику ЦНАП або міському голові; на отриманий через ЦНАП результат послуги до суб’єкта надання послуги та в судовому порядку  |
| 10. | <b>Відповідальний за виконання</b>                                       | Управління соціального захисту населення Лубенської районної державної адміністрації<br>Відділ з питань надання державних соціальних допомог, субсидій, інших видів соціальної підтримки населення та роботи з інформаційними системами № 3 37000, Полтавська обл., м.Пирятин, вул.Ярмаркова, 41 тел. (05358) 2-04-62<br>Графік роботи:<br>Понеділок – з 08-00 до 17-00<br>Вівторок – з 08-00 до 17-00<br>Середа – з 08-00 до 17-00<br>Четвер – з 08-00 до 17-00<br>П’ятниця – з 08-00 до 16-00                                 |

Відділу з питань надання державних соціальних допомог,  
субсидій, інших видів соціальної підтримки населенню  
та роботи з інформаційними системами № 3  
Управління соціального захисту населення Лубенської РДА  
Гудзю В.В.

**ЗАЯВА**  
**про надання послуг із комплексної реабілітації (абілітації)\***

Прошу направити \_\_\_\_\_  
(прізвище, ім'я, по батькові, місце проживання (перебування) особи (дитини) з інвалідністю,  
дитини віком до трьох років (включно), яка належить до групи ризику щодо отримання  
інвалідності)

до реабілітаційної установи \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(найменування реабілітаційної установи)

для отримання послуг із комплексної реабілітації (абілітації).

До заяви додаю \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(вказати документи, що додаються до заяви)

\_\_\_ 20\_\_ року \_\_\_\_\_  
(підпис заявника або його законного представника)

Я, \_\_\_\_\_, даю згоду  
(прізвище, ім'я, по батькові)

на використання та обробку персональних даних за умови забезпечення їх захисту  
відповідно до вимог Закону України „Про захист персональних даних“.

\_\_\_\_\_ 20\_\_ року  
(підпис) (дата)

\* \_\_\_\_\_  
Заповнює особа з інвалідністю або законний представник особи (дитини) з інвалідністю, дитини віком до трьох  
років (включно), яка належить до групи ризику щодо отримання інвалідності.

(відривний корінець)

Заяву та документи на \_\_\_\_\_ аркушах прийнято \_\_\_\_\_ 20\_\_ року.

М. П. \_\_\_\_\_  
(прізвище та підпис відповідальної особи)