


| | | |
|--|---|--|
|  | <p align="center">ІНФОРМАЦІЙНА КАРТКА № 221</p> <p align="center">Затверджена рішенням виконкому міської ради від 02.10.2019 № 347</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:</p> <p>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">Призначення компенсації за догляд фізичній особі, яка надає соціальні послуги з догляду без здійснення підприємницької діяльності на непрофесійній основі</p> | | |
| <p align="center">1.</p> | <p align="center">Перелік документів, необхідних для (надання) отримання послуги</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Заява встановленого зразка. 2. Довідка з реквізитами банківського рахунку. 3. Паспорт громадянина України (паспорт зразка 1994 року або ID картка та форма 13) або інші документи, що посвідчують особу заявника. 4. 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). 5. Свідоцтво про народження дитини (у разі надання соціальних послуг з догляду на непрофесійній основі дитині). 6. Декларація про доходи та майновий стан (заповнюється на підставі довідок про доходи кожного члена сім’ї) за формою, затвердженою Мінсоцполітики. У декларації також зазначається інформація про склад сім’ї заявника. 7. Акт огляду медико-соціальною експертною комісією. 8. Висновок лікарської комісії медичного закладу щодо потреби в догляді громадян похилого віку внаслідок когнітивних порушень за формою, затвердженою МОЗ. 9. Висновок лікарської комісії медичного закладу щодо потреби в догляді невиліковно хворих осіб, які через порушення функцій організму не можуть самостійно пересуватися та самообслуговуватися, за формою, затвердженою МОЗ. 10. Медичний висновок про дитину з інвалідністю |

| | | |
|----|--|---|
| | | <p>віком до 18 років за формою, затвердженою МОЗ.</p> <p>11. Довідка про захворювання дитини на тяжке перинатальне ураження нервової системи, тяжку вроджену ваду розвитку, рідкісне орфанне захворювання, онкологічне, онкогематологічне захворювання, дитячий церебральний параліч, тяжкий психічний розлад, цукровий діабет I типу (інсулінозалежний), гостре або хронічне захворювання нирок IV ступеня про те, що дитина отримала тяжку травму, потребує трансплантації органа, потребує паліативної допомоги, що видана лікарсько-консультативною комісією лікувально-профілактичного закладу в порядку та за формою, встановленими МОЗ.</p> <p>12. Рішення суду про обмеження цивільної дієздатності або визнання недієздатною особи, якій надаються соціальні послуги з догляду на непрофесійній основі (для недієздатних осіб та осіб, цивільна дієздатність яких обмежена).</p> <p>13. Рішення суду або органу опіки та піклування про призначення опікуна або піклувальника особі, якій надаються соціальні послуги з догляду на непрофесійній основі (для опікунів або піклувальників).</p> <p>14. Згода на обробку персональних даних.</p> |
| 2. | Порядок та спосіб їх подання | Заява з доданими документами надається заявником особисто чи уповноваженою ним особою або надсилається поштою цінним листом з описом вкладення та повідомленням про вручення |
| 3. | Платність(безоплатність) | Безоплатно |
| 4. | Строк надання послуги | Рішення про призначення компенсації або про відмову в її наданні приймається протягом 10 днів з дати подання документів. Компенсація призначається з місяця звернення за нею, якщо протягом місяця з дня звернення подано всі необхідні документи. Компенсація призначається на 12 місяців і виплачується щомісяця |
| 5. | Перелік підстав для відмови у наданні послуги | Компенсація не призначається фізичним особам, які надають соціальні послуги з догляду особам, якщо такі особи отримують соціальні послуги догляду вдома, паліативного догляду, стаціонарного догляду. Виплата компенсації припиняється у разі: зміни місця проживання/перебування особи, якій надаються соціальні послуги з догляду на непрофесійній основі, чи фізичної особи, яка надає соціальні послуги та отримує компенсацію; смерті особи, якій надаються соціальні послуги з догляду на непрофесійній основі; смерті фізичної особи, яка надавала соціальні послуги та отримувала компенсацію; перебування особи, якій надаються соціальні послуги з догляду на непрофесійній основі, на повному державному утриманні або отримання соціальних |

| | | |
|-----|--|---|
| | | <p>послуг стаціонарного догляду, паліативного догляду в умовах стаціонару за плату.</p> <p>Виплата компенсації тимчасово припиняється у разі: перебування фізичної особи, яка надає соціальні послуги, за межами України понад 10 календарних днів; перебування фізичної особи, яка надає соціальні послуги, на стаціонарному лікуванні протягом повного календарного місяця</p> |
| 6. | Результат послуги | Призначення виплати компенсації/відмова в призначенні щомісячної компенсаційної виплати/припинення виплати компенсації |
| 7. | Способи отримання відповіді (результату) | Повідомлення про призначення компенсації (відмова у її призначенні) надсилається фізичній особі, яка надає соціальні послуги, наступного дня після прийняття відповідного рішення |
| 8. | Акти законодавства, що регулюють порядок та умови надання послуги | ЗУ від 17.01.2019 № 2671-VIII „Про соціальні послуги“; Постанова КМУ від 23.09.2020 № 859 „Деякі питання призначення і виплати компенсації фізичним особам, які надають соціальні послуги з догляду на непрофесійній основі“ |
| 9. | Право на оскарження | 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. | Відповідальний за виконання | <p>Управління соціального захисту населення Лубенської районної державної адміністрації 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</p> <p>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 17-00 П'ятниця – з 08-00 до 16-00</p> |

(найменування структурного підрозділу

з питань соціального захисту населення)

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

Дата народження _____

Місце проживання / перебування _____

Номер

телефону _____

Документ, що посвідчує особу:

Серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України (ID-
картка)

Ким та коли виданий

Унікальний номер запису в Єдиному державному
демографічному
реєстрі _____

Номер посвідки на постійне проживання, посвідки на тимчасове
проживання, посвідчення біженця, посвідчення про взяття на
облік _____ бездомної _____ особи _____ (необхідне
підкреслити)

Ким та коли видана(не)

Дата закінчення (продовження) строку дії посвідки / посвідчення

Реєстраційний номер облікової картки платника податків або
серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України (ID-
картка)**

Зареєстроване місце проживання

№ _____

(дата реєстрації заяви)

Заява

про згоду надавати соціальні послуги з догляду на непрофесійній основі

Я, _____,

(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності))

даю згоду на надання соціальних послуг з догляду на непрофесійній основі

(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності))

та прошу призначити (перерахувати) (необхідне підкреслити) мені компенсацію за надання соціальних послуг на непрофесійній основі.

Відомості про склад сім'ї отримувача компенсації за надання соціальних послуг на непрофесійній основі

| Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) | Ступінь родинного зв'язку | Число, місяць, рік народження | Назва та реквізити документу, що посвідчує особу | Реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України (ID-картка)** | Примітки |
|--|---------------------------|-------------------------------|--|---|----------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

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

Прошу в разі призначення компенсації кошти готівкою перераховувати

через АТ „Укрпошта” № _____ ;

на рахунок у банку № _____ МФО _____ код _____ банк _____.

З умовами та порядком призначення компенсації фізичним особам, які надають соціальні послуги з догляду на непрофесійній основі, ознайомена(ий).

Зобов'язуюсь повідомляти про зміни обставин, які можуть вплинути на призначення і виплату мені компенсації за надання соціальних послуг на непрофесійній основі.

Я усвідомлюю, що наведені мною відомості, що вплинули або могли вплинути на прийняте рішення щодо надання компенсації за надання соціальних послуг на непрофесійній основі, будуть перевірені згідно з чинним законодавством України.

* 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.

Додаткова інформація, яка повідомляється фізичною особою, яка надає соціальні послуги з догляду на непрофесійній основі (необхідне підкреслити)

| | | |
|-------------------------------------|---------|------------|
| 1. Відомості про зайнятість | Працюю | Не працюю |
| 2. Пенсію по інвалідності, за віком | Отримую | Не отримую |

При цьому даю згоду відповідно до Закону України „Про захист персональних даних“ на обробку моїх особистих персональних даних.

_____ (дата заповнення)

_____ (підпис)

_____ (найменування структурного підрозділу

_____ з питань соціального захисту населення)

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

Дата народження _____

Місце проживання / перебування _____

Номер телефону _____

Документ, що посвідчує особу:

Серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України (ID-картка)

Ким та коли виданий

Унікальний номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі _____

Номер посвідки на постійне проживання, посвідки на тимчасове проживання, посвідчення біженця, посвідчення про взяття на облік бездомної особи (необхідне підкреслити) _____

Ким та коли видана(не)

Дата закінчення (продовження) строку дії посвідки / посвідчення

Реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України (ID-картка)**

Зареєстроване місце проживання

_____ Д
о заяви фізичної особи, яка надає соціальні послуги з догляду № _____
(дата реєстрації заяви)

Заява про згоду отримувати соціальні послуги

Я, _____,
(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності))

погоджуюсь на отримання соціальних послуг з догляду на непрофесійній основі

від _____.
(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності))

З умовами та порядком призначення компенсації фізичним особам, які надають соціальні послуги з догляду на непрофесійній основі, ознайомена(ий).

Я усвідомлюю, що наведені мною відомості, що вплинули або могли вплинути на прийняте рішення щодо призначення компенсації за надання соціальних послуг на непрофесійній основі, будуть перевірені згідно з чинним законодавством України.

*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.

Додаткова інформація, яка повідомляється фізичною особою, яка отримує соціальні послуги з догляду на непрофесійній основі (необхідне підкреслити)

| | | |
|---|---------|------------|
| Соціальну послугу догляду вдома | Отримую | Не отримую |
| Соціальну послугу паліативного догляду | Отримую | Не отримую |
| Соціальну послугу стаціонарного догляду | Отримую | Не отримую |

При цьому даю згоду відповідно до Закону України „Про захист персональних даних“ на обробку моїх особистих персональних даних.

_____ (дата заповнення)

_____ (підпис)

Заповнюється відповідальною особою структурного підрозділу з питань соціального захисту населення районної, районної у містах Києві / Севастополі державної адміністрації, виконавчого органу сільської, селищної міської районної в місті ради, центру надання соціальних послуг

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:

Відповідальна
особа _____

Ознайомився _____

(прізвище та підпис відповідальної особи)

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

Заповнюється відповідальною особою структурного підрозділу з питань соціального захисту населення районної, районної у містах Києві / Севастополі державної адміністрації, виконавчого органу сільської, селищної міської районної в місті ради, центру надання соціальних послуг

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:

Відповідальна
особа _____

Ознайомився _____

(прізвище та підпис відповідальної особи)

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

(найменування структурного підрозділу)

з питань соціального захисту населення)

ДЕКЛАРАЦІЯ
про доходи та майновий стан осіб, які звернулися за призначенням
компенсації фізичній особі, яка надає соціальні послуги з догляду
на непрофесійній основі

Розділ I. Загальні відомості

1. _____
(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) особи, яка надає соціальні послуги з догляду на непрофесійній основі)

2. Місце проживання / перебування _____
(поштовий індекс, область, район, населений пункт, вулиця, будинок, корпус, квартира)

3. Члени сім'ї фізичної особи, яка надає соціальні послуги з догляду на непрофесійній основі, члени сім'ї, які проживають окремо

| Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) | Число, місяць, рік народження | Ступінь родинного зв'язку | Найменування та реквізити документа, що посвідчує особу | Реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності) |
|--|----------------------------------|---------------------------------|--|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Розділ II. Доходи фізичної особи, яка надає соціальні послуги з догляду на непрофесійній основі, членів сім'ї, члени сім'ї, які проживають окремо, за період з _____ 20 __ р. до _____ 20 __ р. (відповідно до Методики обчислення середньомісячного сукупного доходу сім'ї для надання соціальних послуг, затвердженої наказом Міністерства соціальної політики від 16 червня 2020 року № 419, зареєстрованим у Міністерстві юстиції 02 липня 2020 року за № 611/34894)

| Прізвище, ініціали | Відомості про доходи | | |
|--------------------|----------------------|---------------|----------------|
| | вид доходу | розмір доходу | джерело доходу |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Розділ III. Відомості про земельні ділянки, що перебувають у власності або володінні фізичної особи, яка надає соціальні послуги з догляду на непрофесійній основі, членів сім'ї, члени сім'ї, які проживають окремо

| Прізвище, ініціали власника (користувача) | Площа земельної ділянки | Форма власності | Призначення земельної ділянки |
|--|-------------------------|-----------------|-------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Розділ IV. Відомості про наявність додаткових джерел для доходу за період з _____ 20__ р. до _____ 20__ р.

| Вид джерела для доходу | Характеристика засобів отримання доходу | Інформація про використання наявного доходу |
|--|---|---|
| 1 | 2 | 3 |
| здавання у найм або оренду житлового приміщення (будинку) або його частини | | |
| робота одного чи кількох членів сім'ї без оформлення трудових відносин у встановленому порядку | | |
| інші джерела для доходу | | |
| Разом | | |

 (підпис фізичної особи, яка надає соціальні послуги з догляду на непрофесійній основі)

 (дата)

АКТ
проведення обстеження сім'ї

№ _____ (число) _____ (місяць) _____ (рік)

Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи, яка надає соціальні послуги з догляду на непрофесійній основі:

Місце проживання фізичної особи, яка надає соціальні послуги з догляду на непрофесійній основі: _____

Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) особи, якій надаються соціальні послуги з догляду на непрофесійній основі:

Обстеження проведено за адресою:

Особа, якій надаються соціальні послуги з догляду на непрофесійній основі: проживає / не проживає разом із фізичною особою, яка надає соціальні послуги з догляду на непрофесійній основі (необхідне підкреслити)

Соціальні послуги з догляду надаються (зазначити: щоденно, періодично тощо) _____

Висновок-рекомендація про призначення (не призначення) компенсації фізичній особі, яка надає соціальні послуги з догляду на непрофесійній основі:

З актом ознайомлений _____ (прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи, яка надає соціальні послуги з догляду на непрофесійній основі) _____ (підпис)

Акт обстеження сім'ї склали відповідальні особи соціального захисту та охорони здоров'я виконавчого комітету Пирятинської міської ради

Підписи: _____ (посада) _____ (підпис) _____ (прізвище, ініціали)

(посада)

(підпис)

(прізвище, ініціали)

(посада)

(підпис)

(прізвище, ініціали)