

	<p align="center"><b>ІНФОРМАЦІЙНА КАРТКА № 242</b></p> <p align="center">Затверджена рішенням виконкому міської ради від 02.10.2019 № 347</p>	<p align="center"><b>Центр надання адміністративних послуг виконкому Пирятинської міської ради</b></p> <p align="center">37000, м.Пирятин пл.Героїв Майдану, 2 тел. (05358) 3-23-50, 3-23-53 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 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"><b>Направлення дітей з інвалідністю, які проживають на території Пирятинської міської громади для отримання професійної реабілітації за рахунок місцевого бюджету</b></p>		
<p align="center">1.</p>	<p align="center"><b>Перелік документів, необхідних для (надання) отримання послуги</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Заява встановленого зразка.</li> <li>2. Паспорт громадянина України (паспорт зразка 1994 року або ID картка та форма 13), свідоцтво про народження (для дітей з інвалідністю, дітей віком до трьох років, які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності).</li> <li>3. Індивідуальна програма реабілітації, видана медико- соціальною експертною комісією лікувально – профілактичного закладу (для дітей з інвалідністю).</li> <li>4. 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>5. Довідка про реєстраційний номер облікової картки платника податків дитини, одного з її батьків (законного представника), супроводжуючої особи (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>6. Виписка з медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого (форма № 027/о).</li> <li>7. Документ про освіту.</li> <li>8. Довідка про взяття на облік внутрішньо переміщених осіб (для отримувачів, які є внутрішньо переміщеними особами).</li> </ol>
<p align="center">2.</p>	<p align="center"><b>Порядок та спосіб їх подання</b></p>	<p>Заява з доданими документами надається одним із батьків чи її законним представником</p>

3.	<b>Платність(безоплатність)</b>	Безоплатно
4.	<b>Строк надання послуги</b>	Протягом 10 днів з дня реєстрації заяви про надання послуги
5.	<b>Перелік підстав для відмови у наданні послуги</b>	1. Подання документів не в повному обсязі. 2. Індивідуальна програма реабілітації не містить рекомендацій щодо необхідності проходження комплексної реабілітації (абілітації). 3. Із заявою звернулася особа, яка не є особою з інвалідністю або не є законним представником дитини з інвалідністю, та/або дитини віком до трьох років, яка належить до групи ризику щодо отримання інвалідності.
6.	<b>Результат послуги</b>	Рішення щодо направлення на комплексну реабілітацію (абілітацію) або мотивована відмова
7.	<b>Способи отримання відповіді (результату)</b>	Рішення про направлення на комплексну реабілітацію надсилається уповноваженою особою місцевого органу отримувачу або його законному представнику.
8.	<b>Акти законодавства, що регулюють порядок та умови надання послуги</b>	ЗУ „Про місцеве самоврядування в Україні“; Постанова КМУ від 31 січня 2007 № 80 „Про затвердження Порядку надання інвалідам та дітям – інвалідам і дітям віком до двох років, які належать до групи ризику, щодо отримання інвалідності реабілітаційних послуг“; Наказ Мінсоцполітики України від 27 вересня 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; до суб'єкта надання послуги або до вищого органу відносно того органу, що вирішив справу та в судовому порядку
10.	<b>Відповідальний за виконання</b>	Відділ соціального захисту та охорони здоров'я виконкому міської ради 37000, Полтавська обл., м.Пирятин, вул.Соборна, 42

Міському голові

Сімонову А.В.

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

Дата народження \_\_\_\_\_

Місце проживання/реєстрації \_\_\_\_\_

Номер телефону \_\_\_\_\_

**ЗАЯВА**  
**про надання послуг із комплексної реабілітації (абілітації)\***  
**за рахунок місцевого бюджету**

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:

1. Копію паспорта громадянина України (паспорт зразка 1994 року або ID картка та форма 13), копія свідоцтва про народження (для дітей з інвалідністю, дітей віком до трьох років, які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності).

2. Копію індивідуальної програми реабілітації, видана медико- соціальною експертною комісією лікувально – профілактичного закладу (для дітей з інвалідністю).

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.

4. Копію довідки про реєстраційний номер облікової картки платника податків дитини, одного з її батьків (законного представника), супроводжуючої особи (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. Виписку з медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого (форма № 027/о).

6. Копію документу про освіту.

7. Копію довідки про взяття на облік внутрішньо переміщених осіб (для отримувачів, які є внутрішньо переміщеними особами).

\_\_\_\_\_ 20\_\_ року \_\_\_\_\_

(підпис заявника або його законного представника)

Я \_\_\_\_\_,

(прізвище, ім'я, по батькові)

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

\_\_\_\_\_ (підпис)

\_\_\_\_\_ 20\_\_ року (дата)