

	<p align="center"><b>ІНФОРМАЦІЙНА КАРТКА № 243</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> 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: 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>Прийняття рішення щодо надання соціальних послуг Пирятинським центром надання соціальних послуг Пирятинської міської ради</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 про надання соціальних послуг (далі – заява) у письмовій або електронній формі, що складається за формою, затвердженою Мінсоцполітики.</li> <li>2. Згоду на обробку персональних даних.</li> <li>3. Паспорт громадянина України (паспорт зразка 1994 року або ID картка та форма 13), або інші документи, що посвідчують особу.</li> <li>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).</li> <li>5. Довідка до акта огляду медико-соціальною експертною комісією за формою, затвердженою МОЗ (для осіб з інвалідністю).</li> <li>6. Медичний висновок про дитину з інвалідністю віком до 18 років, виданого в установленому МОЗ порядку (для дитини з інвалідністю).</li> <li>7. 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, виданої лікарсько-консультативною комісією лікувально-профілактичного закладу (за наявності).</li> <li>8. Медичний висновок про здатність до самообслуговування та потребу в сторонній допомозі (у разі потреби).</li> <li>9. Рішення органу опіки та піклування про утворення прийомної сім’ї, дитячого будинку сімейного типу, про</li> </ol>

		<p>влаштування дитини в сім'ю патронатного вихователя (за наявності).</p> <p>10. Рішення суду про обмеження цивільної дієздатності або визнання недієздатною особи, яка потребує надання соціальних послуг (для недієздатних осіб та осіб, цивільна дієздатність яких обмежена).</p> <p>11. Рішення суду або органу опіки та піклування про призначення опікуна або піклувальника особі, яка потребує надання соціальних послуг (за наявності).</p> <p>12. Документ, що підтверджує повноваження представника органу опіки та піклування (якщо заява подається органом опіки та піклування).</p> <p>13. Паспорт громадянина України (паспорт зразка 1994 року або ID картка та форма 13), або інші документи, що посвідчують особу опікуна або піклувальника особи, яка потребує надання соціальних послуг (за наявності опікуна або піклувальника).</p> <p>14. Довідка про взяття на облік внутрішньо переміщеної особи (за наявності).</p> <p>15. Акт оцінювання потреб особи/сім'ї у соціальних послугах (за наявності), складений соціальним менеджером / фахівцем із соціальної роботи.</p>
2.	<b>Порядок та спосіб їх подання</b>	Заява та документи (відомості) подаються заявником особисто або уповноваженою ним особою до центру надання адміністративних послуг, відділу соціального захисту та охорони здоров'я виконавчого комітету Пирятинської міської ради
3.	<b>Платність(безоплатність)</b>	Безоплатно
4.	<b>Строк надання послуги</b>	Протягом 10 днів після надходження заяви про надання послуги
5.	<b>Перелік підстав для відмови у наданні послуги</b>	<p>1. Відсутність потреби осіб/сімей, які належать до вразливих категорій населення або перебувають під впливом чинників, що можуть зумовити потрапляння у складні життєві обставини, в соціальних послугах за результатами оцінювання потреб особи/сім'ї.</p> <p>2. Ненадання надавачем тих соціальних послуг, яких потребує особа/сім'я.</p> <p>3. Наявність в особи відповідно до медичного висновку медичних протипоказань, перелік яких затверджується МОЗ (рішення про надання соціальних послуг приймається після усунення таких протипоказань)</p>
6.	<b>Результат послуги</b>	Надання соціальних послуг в залежності від індивідуальних потреб/відмова у наданні соціальних послуг/припинення надання соціальних послуг
7.	<b>Способи отримання відповіді (результату)</b>	Особисто або через законного представника в письмовій формі
8.	<b>Акти законодавства, що регулюють порядок та умови надання послуги</b>	ЗУ „Про соціальні послуги“ від 17.01.2019 № 2671-VIII; ЗУ „Про основні засади соціального захисту ветеранів праці та інших громадян похилого віку в Україні“ від 16.12.1993 № 3721-XII; ЗУ „Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю“ від 21.06.2001 № 2558-III; ЗУ „Про охорону дитинства“ від 26.04.2001 № 2402-III; ЗУ „Про запобігання та протидію домашньому насильству“ від 07.12.2017 № 2229-VIII; ЗУ „Про протидію торгівлі людьми“ від 20.09.2011 № 3739-VI;

		<p>ЗУ „Про соціальну адаптацію осіб, які відбувають чи відбули покарання у виді обмеження волі або позбавлення волі на певний строк“ від 17.03.2011 № 3160-VI; ЗУ „Про основи соціального захисту бездомних осіб і безпритульних дітей“ від 02.06.2005 № 2623- IV; ЗУ „Про зайнятість населення“ від 05.07.2012 № 5067-VI; Постанови КМУ від 01.06.2020 № 587 „Про організацію надання соціальних послуг“; від 01.06.2020 № 585 „Про забезпечення соціального захисту дітей, які перебувають у складних життєвих обставинах“; від 26.06.2019 № 576 „Про затвердження Порядку надання соціальних послуг особам з інвалідністю та особам похилого віку, які страждають на психічні розлади“; Накази Мінсоцполітики України від 13.07.2018 № 1005 „Про затвердження форм обліку соціальної роботи з сім’ями/особами, які перебувають у складних життєвих обставинах“, зареєстрований у Міністерстві юстиції України 16.08.2018 за № 943/32395; від 16.11.2020 № 769 „Про затвердження форм документів, необхідних для надання соціальних послуг“, зареєстрований у Міністерстві юстиції України 08.01.2021 за № 21/35643; від 17.08.2017 № 1325 „Про затвердження форм документів, необхідних для надання соціальних послуг громадянам похилого віку, особам з інвалідністю та дітям з інвалідністю“, зареєстрований у Міністерстві юстиції України 22.09.2017 за № 1173/31041; від 14.07.2016 № 762 „Про затвердження форм документів, необхідних для оформлення на обслуговування в територіальному центрі соціального обслуговування (надання соціальних послуг)“, зареєстрований у Міністерстві юстиції України 03.08.2016 за № 1084/29214</p>
9.	<b>Право на оскарження</b>	<p>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</p>
10.	<b>Відповідальний за виконання</b>	<p>Відділ соціального захисту та охорони здоров’я виконкому міської ради 37000, Полтавська обл., м.Пирятин, вул.Соборна, 42</p>

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства соціальної політики України  
16 листопада 2020 року № 769

**Відділу соціального захисту та охорони здоров'я виконавчого комітету Пирятинської міської ради**  
районної, районної у містах Києві / Севастополі державної адміністрації, виконавчий орган сільської, селищної, міської, районної в місті ради  
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 \_\_\_\_\_

### 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 (за наявності) сина (доньки) чи підопічного(ї))

дата народження «\_\_» \_\_\_\_\_ рік,

наявність інвалідності \_\_\_\_\_

(група інвалідності, строк встановлення групи інвалідності)

який (яка) проживає / перебуває за адресою: \_\_\_\_\_  
зареєстрованого(ї) за адресою: \_\_\_\_\_,

безоплатно  платно  з установленням диференційованої плати .

соціальну(і) послугу(и):

1	інформування	
2	догляд вдома	
3	догляд стаціонарний	
4	денний догляд	
5	денний догляд дітей з інвалідністю	
6	підтримане проживання осіб похилого віку та осіб з інвалідністю	
7	підтримане проживання бездомних осіб	
8	транзитне підтримане проживання / учбова соціальна квартира (будинок)	
9	паліативний догляд	
10	персональний асистент	
11	соціальний супровід сімей / осіб, які перебувають у складних життєвих обставинах	
12	соціальний супровід сімей, у яких виховуються діти-сироти і діти, позбавлені батьківського піклування	
13	соціальний супровід при працевлаштуванні та на робочому місці	
14	соціальна адаптація	
15	соціально-трудова адаптація	
16	соціальна інтеграція та реінтеграція	
17	соціальна реабілітація осіб з інтелектуальними та психічними порушеннями	
18	соціально-психологічна реабілітація	
19	соціально-психологічна реабілітація осіб із залежністю від наркотичних засобів чи психотропних речовин	
20	соціально-психологічна реабілітація осіб із ігровою залежністю	
21	консультування	
22	представництво інтересів	
23	посередництво	
24	надання притулку	
25	короткотермінове проживання	
26	соціальна профілактика	
27	фізичний супровід осіб з інвалідністю, які мають порушення опорно-рухового апарату та пересуваються на кріслах колісних, з інтелектуальними, сенсорними, фізичними, моторними, психічними та поведінковими порушеннями	
28	переклад жестовою мовою	
29	натуральна допомога	
30	догляд та виховання дітей в умовах, наближених до сімейних	
31	супровід під час інклюзивного навчання	
32	тимчасовий відпочинок для осіб, що здійснюють догляд за особами з інвалідністю, особами, які мають невиліковні хвороби, хвороби, що потребують тривалого лікування	
33	тимчасовий відпочинок для батьків або осіб, які їх замінюють, що здійснюють догляд за дітьми з інвалідністю	
34	транспортні послуги	

Надавач соціальної послуги: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(вказати найменування надавача соціальної послуги за потреби)

**Відомості, які використовуються для обчислення середньомісячного сукупного доходу отримувача соціальної послуги за рахунок бюджетних коштів або з установами диференційованої плати з**

\_\_\_\_\_ р. до \_\_\_\_\_ р.\*

Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності)	Назва та реквізити документу, що посвідчує особу	Реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України (ІД-картка)**

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) (вказується у разі отримання соціальних послуг догляду (вдома, стаціонарного, паліативного)).

З умовами та порядком надання соціальних послуг, припинення їх надання, тарифами (у разі надання платних соціальних послуг або з установами диференційованої плати) ознайомлена(ий).

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

\* Відомості для обчислення середньомісячного сукупного доходу отримувача соціальної послуги 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) та/або за плату.

\*\* 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.

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

**ЗГОДА**  
на обробку персональних даних

Я, \_\_\_\_\_,  
(прізвище, ім'я, по батькові)  
народився (лась) „\_\_\_\_\_“ \_\_\_\_\_ року, паспорт серії \_\_\_\_\_  
№ \_\_\_\_\_, виданий \_\_\_\_\_

Зареєстрований (на) в Україні за адресою (останнє місце реєстрації): \_\_\_\_\_

Відповідно до Закону України „Про захист персональних даних“  
від 1 червня 2010 року № 2297-VI даю згоду на обробку моїх персональних  
даних:

прізвище, ім'я, по батькові, адреса, паспортні і ідентифікаційні дані, з метою

(мета запиту інформації)

Мої персональні дані, на обробку яких я даю цю згоду, можуть бути  
передані третім особам тільки у випадках, передбачених законодавством  
України.

„\_\_\_\_\_“ \_\_\_\_\_ року

\_\_\_\_\_ (підпис)

\_\_\_\_\_ (прізвище та ініціали)