

	<p align="center">ІНФОРМАЦІЙНА КАРТКА № 244</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: 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">Взяття на облік на забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю</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 про взяття на облік особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю, іншої особи або їх законного представника, за формою затвердженою Мінсоцполітики; 2. Паспорт громадянина України або свідоцтво про народження (для дітей віком до 14 років); 3. Копія документа з даними про реєстраційний номер облікової картки платника податків; 4. Висновок МСЕК про встановлення інвалідності для осіб з інвалідністю (для дітей з інвалідністю - висновок лікарсько – консультативної комісії (ЛКК) – у разі коли особа вперше звертається до органів соціального захисту населення або змінюється група і причина інвалідності); 5. Індивідуальна програма реабілітації (для особи з інвалідністю та дитини з інвалідністю) або висновок ЛКК (для інших осіб, осіб з інвалідністю, група інвалідності яких встановлена до 1 січня 2007 р. як безстрокова або строк дії якої не закінчився таким яким не встановлена група інвалідності), що містить показання для забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації (індивідуальна програма не пред'являється особами з інвалідністю для виплати компенсації за спеціальні засоби для орієнтування, спілкування та обміну інформацією у випадках, передбачених пунктами 7-9 Порядку); 6. Оригінал довідки з місця роботи, служби або навчання особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю, іншої особи (для осіб, які працюють, служать, навчаються) - для забезпечення протезами верхніх та нижніх кінцівок, ортопедичним взуттям, активними кріслами колісними; 7. Копія посвідчення, яке підтверджує право особи на пільги. 8. Довідка про реєстрацію місця проживання для дітей, у тому числі дітей з інвалідністю, віком до 16 років, та

осіб, паспорти громадян України яких не містять відомостей про реєстрацію місця проживання (крім бездомних осіб);

9. Законний представник особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю, іншої особи подає документи, що посвідчують його особу та підтверджують її спеціальний статус та повноваження (за потреби).

Щодо виплати компенсації, додатково:

10. Довідка з реквізитами банківського рахунку (лише до заяви щодо забезпечення засобами реабілітації (виплату компенсації))

11. Товарний чек або видаткова накладна (лише до заяви щодо забезпечення засобами реабілітації (виплату компенсації))

Щодо учасників АТО/ООС та працівників поліції, додатково:

12. Рішення ВЛК чи висновок ЛКК (для постраждалих внаслідок антитерористичної операції, яким не встановлено інвалідність);

13. Довідка органу внутрішніх справ про притягнення до кримінальної відповідальності, відсутність (наявність) судимості або обмежень, передбачених кримінально-процесуальним законодавством (для постраждалих внаслідок антитерористичної операції з числа мирних громадян України, які проживали в районі проведення антитерористичної операції та яким не встановлено інвалідність);

14. Висновок експерта за результатами судово-медичної експертизи (для постраждалих внаслідок антитерористичної операції з числа мирних громадян України, які проживали в районі проведення антитерористичної операції та яким не встановлено інвалідність);

15. Витяг з наказу командира військової частини (начальника територіального підрозділу) або довідка про обставини травми (поранення, контузії, каліцтва), видана командиром військової частини (начальником територіального підрозділу), з відомостями про участь в антитерористичній операції (для військовослужбовців (резервістів, військовозобов'язаних) та працівників Збройних Сил, Національної гвардії, Служби безпеки, Служби зовнішньої розвідки, Держприкордонслужби, осіб рядового, начальницького складу, військовослужбовців, Управління державної охорони, Держспецзв'язку, інших утворених відповідно до законів військових формувань, працівників МВС, поліцейських і працівників Національної поліції, яким не встановлено інвалідність);

16. Довідка з місця роботи (для працівників підприємств, установ, організацій, які залучалися та брали безпосередню участь в антитерористичній

		операції в районі її проведення, яким не встановлено інвалідність); 17.Посвідчення про взяття на облік бездомної особи (для бездомних осіб); При повторному зверненні, для отримання направлення на забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації, заявник подає заяву про заміну технічного та іншого засобу реабілітації після закінчення строку його експлуатації або про його дострокову заміну.
2.	Порядок та спосіб їх подання	Заява з доданими документами, необхідні для видачі направлення на забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю (далі – направлення), подаються заявником чи її законним представником
3.	Платність(безоплатність)	Безоплатно
4.	Строк надання послуги	Для одержувачів послуг, зазначених у Законі України „Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні”, норма відсутня
5.	Перелік підстав для відмови у наданні послуги	Подання документів не у повному обсязі встановленого переліку документів; смерть отримувача даної послуги
6.	Результат послуги	Формує електронну справу та передає до Фонду соціального захисту населення
7.	Способи отримання відповіді (результату)	Особа з інвалідністю, дитина з інвалідністю, інша особа або їх законний представник отримує оригінал направлення у паперовому вигляді
8.	Акти законодавства, що регулюють порядок та умови надання послуги	Закон України „Про місцеве самоврядування в Україні“, Закони України „Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні” від 21.03.1991 № 875-ХІІ, „Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні” від 19.12.2017 № 2249-VIII Постанова Кабінету Міністрів України від 05.04.2012 № 321 (зі змінами, що набрали чинності 01.06.2021) „Про затвердження Порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані технічні та інші засоби реабілітації, переліків таких засобів” (далі – Порядок) Наказ Міністерства соціальної політики України від 28.05.2021 № 278 „Про затвердження форм документів з обліку та забезпечення осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення технічними та іншими засобами реабілітації”
9.	Право на оскарження	Суб’єкт звернення має право подати скаргу: на дії чи бездіяльність адміністраторів керівнику ЦНАП або міському голові;
10.	Відповідальний за виконання	Відділ соціального захисту та охорони здоров’я виконкому міської ради 37000, Полтавська обл., м. Пирятин, вул. Соборна, 42/8

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства соціальної політики
України 28 травня 2021 року № 278
_Полтавське обласне відділення Фонду
соціального захисту інвалідів _____
(повне найменування територіального відділення
Фонду соціального захисту інвалідів)

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

(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) законного
представника / уповноваженої особи)

місце проживання (зарєєстроване): _____

місце проживання/перебування (фактичне): _____

ЗАЯВА*
про забезпечення засобом реабілітації (виплату компенсації)

Прошу забезпечити (виплатити компенсацію) (потрібне підкреслити) _____

(найменування виробу)

Мені роз'яснено, що відповідно до Порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані технічні та інші засоби реабілітації, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 05 квітня 2012 року № 321 (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 14 квітня 2021 року № 362) (далі - Порядок):

забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації, надання послуг з післягарантійного ремонту та технічного обслуговування технічних та інших засобів реабілітації проводиться згідно з договорами, укладеними територіальним відділенням Фонду соціального захисту інвалідів з підприємством у межах відповідних бюджетних призначень, передбачених Мінсоцполітики у державному бюджеті;

технічні та інші засоби реабілітації, строк експлуатації яких закінчився, поверненню не підлягають; після отримання повідомлення про формування направлення територіальним відділенням Фонду соціального захисту інвалідів я можу звернутися до підприємства із заявкою про намір забезпечення протезно-ортопедичним виробом, у тому числі ортопедичним взуттям, допоміжними засобами для особистого догляду та захисту, допоміжними засобами для особистої гігієни, допоміжними засобами для особистої рухомості, переміщення та підйому, засобами для пересування, меблями, оснащенням.

Я ознайомлений(а) із:

переліком підприємств, до яких можна звернутися з питань забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації;

електронним каталогом технічних та інших засобів реабілітації, якими такі підприємства забезпечують;

механізмом забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації та отримання компенсації; інформацією щодо електронного кабінету особи, його функціоналу та офіційного вебсайту Мінсоцполітики;

інформацією щодо порядку призначення та сумісності технічних та інших засобів реабілітації.

Я бажаю отримати відповідно до пункту 35 Порядку _____ крісло(а) колісне(і).
(одне, два)

Я поінформований(а) про те, що:

можу отримати грошову компенсацію вартості за самостійно придбані технічні та інші засоби реабілітації (з переліком таких засобів мене ознайомлено);

технічні та інші засоби реабілітації призначаються відповідно до моїх функціональних можливостей; у разі відсутності потреби в засобі реабілітації та у разі видачі несумісних технічних та інших засобів реабілітації я та члени моєї сім'ї зобов'язані повернути виданий мені безоплатно засіб реабілітації (у повному комплекті), строк експлуатації якого не закінчився відповідно до наказу Міністерства соціальної політики України від 10 серпня 2018 року № 1138 «Деякі питання забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 06 вересня 2018 року за № 1014/32466;

право на забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації припиняється в разі відміни раніше встановлених медичних показань для забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації, зняття інвалідності, втрати права на пільги, виїзду на постійне проживання за кордон, смерті;

право на забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації призупиняється на наступний строк експлуатації у разі виявлення факту продажу, дарування або передачі до закінчення строку експлуатації виданих за кошти державного бюджету технічних та інших засобів реабілітації; неповернення засобів, що підлягають поверненню, відповідно до Переліку виданих особам з інвалідністю, дітям з інвалідністю та іншим окремим категоріям населення технічних та інших засобів реабілітації, що підлягають поверненню до структурних підрозділів з питань соціального захисту населення районних, районних у містах Києві та Севастополі держадміністрацій, виконавчих органів міських, районних у містах рад у разі смерті зазначених осіб та з інших причин, якщо строк їх експлуатації не закінчився, затвердженого наказом Міністерства соціальної політики України від 10 серпня 2018 року № 1138, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 06 вересня 2018 року за № 1014/32466;

виявлення, зокрема за результатами моніторингу технічних та інших засобів реабілітації, виданих за рахунок коштів державного бюджету, факту умисних пошкодження, втрати, продажу, обміну та/або дарування технічних та інших засобів реабілітації іншій особі протягом строку, на який вони видаються, може бути також підставою для відмови в забезпеченні технічними та іншими засобами реабілітації на наступний строк;

ремонт за рахунок коштів державного бюджету дорожнього крісла колісного, повзунів та дощок для пересування (колясок малогабаритних) проводиться не раніше ніж через рік після забезпечення ними, інших крісел колісних, допоміжних засобів для підйому, меблів та оснащення - через два роки;

ремонт за рахунок коштів державного бюджету протезів нижніх кінцівок (для протезів гомілки-стопа, для протезів стегна-стопа та механізм колінний), якими забезпечені особи, яким відповідно до функціональних можливостей встановлено I-II ступінь, проводиться підприємством не раніше ніж через рік з дати отримання в експлуатацію, III-IV ступінь - через два роки, протезів верхніх кінцівок - через рік;

у разі заміни комплектувальних виробів (один раз за період експлуатації) під час післягарантійного ремонту протезного виробу строк експлуатації виробу продовжується для протезів нижніх кінцівок (протезів гомілки-стопа, протезів стегна-стопа та механізму колінного), якими забезпечені особи, яким відповідно до функціональних можливостей встановлено I-II ступінь, на рік з дати видачі протезного виробу після ремонту, III-IV ступінь - на два роки, для протезів верхніх кінцівок - на рік;

у разі несвоєчасного звернення із заявою про заміну технічного та іншого засобу реабілітації, строк експлуатації якого закінчився, новий засіб замовляється з дня подання заяви про його заміну. За період, коли я мав(ла) право на заміну технічного та іншого засобу реабілітації, проте не звернувся(лась) з відповідною заявою, новий засіб не видається;

технічні та інші засоби реабілітації видаються разом з настановою щодо експлуатування (паспортом) і талоном на гарантійний ремонт такого виробу.

Я даю згоду на використання моїх (та/або особи, інтереси якої я представляю) персональних даних, які буде внесено до Централізованого банку даних з проблем інвалідності з метою забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації.

До заяви додаю документи, передбачені пунктом 14 Порядку.

Заяву та документи на ___ аркушах прийнято ___ 20__ р. та зареєстровано за № _____.		
Додатково для розгляду заяви необхідно до ___ 20__ р. подати такі документи: _____		
_____ / _____ Ознайомився(лась) _____		
(підпис, Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ особи, що прийняла документи)	(підпис заявника / законного представника / уповноваженої особи)	
✂ -----(лінія відрізу)-----		
Заяву та документи на ___ аркушах прийнято ___ 20__ р. та зареєстровано за № _____.		
Додатково для розгляду заяви необхідно до ___ 20__ р. подати такі документи: _____		
_____ / _____ Ознайомився(лась) _____		
(підпис, Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ особи, що документи)	(підпис заявника / законного представника / уповноваженої особи)	прийняла

* Оброблення персональних даних проводиться відповідно до Закону України "Про захист персональних даних".

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства соціальної політики
України 28 травня 2021 року № 278

(повне найменування підприємства)

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

(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) законного
представника / уповноваженої особи)

місце проживання (zareєстроване): _____

місце проживання/перебування (фактичне): _____

Контактні телефони _____

Електронна адреса _____

ЗАЯВКА*

**про намір забезпечення протезно-ортопедичним виробом, у тому числі
ортопедичним взуттям, допоміжними засобами для особистого догляду та
захисту**

Прошу забезпечити _____

(найменування виробу)

Мені роз'яснено, що відповідно до Порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані технічні засоби реабілітації, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 05 квітня 2012 року № 321 (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 14 квітня 2021 року № 362):

забезпечення протезно-ортопедичними виробами, у тому числі ортопедичним взуттям, допоміжними засобами для особистого догляду та захисту (далі - індивідуальний засіб реабілітації), надання послуг з їх післягарантійного ремонту проводиться згідно з договорами, укладеними територіальним відділенням Фонду соціального захисту інвалідів з підприємством у межах бюджетних призначень, у порядку черговості;

я маю право звернутись до іншого підприємства протягом 14 календарних днів;

підвид індивідуального засобу реабілітації та мої функціональні можливості визначає лікар підприємства у замовленні на індивідуальний засіб реабілітації відповідно до Порядку визначення функціональних можливостей особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю, іншої особи, затвердженого наказом Міністерства соціальної політики України від 20 січня 2015 року № 37, зареєстрованого у Міністерстві юстиції України 30 січня 2015 року за № 99/26544;

функціональність протезно-ортопедичного виробу, яким мене буде забезпечено, має відповідати ступеню моїх функціональних можливостей;

замовлення на індивідуальний засіб реабілітації за моїм бажанням може оформлюватися спеціалістами підприємства за місцем мого проживання (перебування);

у разі зміни медичних показань у період між поданням заявки про намір забезпечення індивідуальним засобом реабілітації та фактичним його виготовленням я можу відмовитися від замовленого засобу та замовити інший;

замовлення на виготовлення необхідного мені індивідуального засобу реабілітації передається на виробництво після обов'язкового уточнення моїх антропометричних даних, яке проводиться не пізніше ніж за 30 днів до дня його передання;

за письмовим зверненням (моїм чи мого законного представника) підприємство може надіслати поштою лише обтуратори та ортези із текстильних матеріалів;

право на забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації призупиняється на наступний строк експлуатації у разі виявлення факту продажу, дарування або передачі до закінчення строку експлуатації виданих за кошти державного бюджету технічних та інших засобів реабілітації; неповернення засобів, що підлягають поверненню, відповідно до Переліку виданих особам з інвалідністю, дітям з інвалідністю та іншим окремим категоріям населення технічних та інших засобів реабілітації, що підлягають поверненню до структурних підрозділів з питань соціального захисту населення районних, районних у містах Києві та Севастополі держадміністрацій, виконавчих органів міських, районних у містах рад у разі смерті зазначених осіб та з інших причин, якщо строк їх експлуатації не закінчився, затвердженого наказом Міністерства соціальної політики України від 10 серпня 2018 року № 1138, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 06 вересня 2018 року за № 1014/32466;

виявлення, зокрема за результатами моніторингу технічних та інших засобів реабілітації, виданих за рахунок коштів державного бюджету, факту умисних пошкодження, втрати, продажу, обміну та/або дарування технічних та інших засобів реабілітації іншій особі протягом строку, на який вони видаються, може бути також підставою для відмови в забезпеченні технічними та іншими засобами реабілітації на наступний строк;

я, мій законний представник чи уповноважена особа повинні забрати індивідуальний засіб реабілітації протягом чотирьох місяців із дня його виготовлення.

Я даю згоду на використання моїх (та/або особи, інтереси якої я представляю) персональних даних, які буде внесено до Централізованого банку даних з проблем інвалідності з метою забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації.

Заявку та документи на ___ аркушах прийнято ___ 20__ р. та зареєстровано за № _____.	
_____ (підпис, Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ особи, що прийняла документи)	Ознайомився(лась) _____ (підпис заявника / законного представника / уповноваженої особи)

* Оброблення персональних даних проводиться відповідно до Закону України "Про захист персональних даних".

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства соціальної політики
України 28 травня 2021 року № 278
Полтавське обласне відділення Фонду соціального
захисту інвалідів
(повне найменування територіального відділення
Фонду соціального захисту інвалідів)

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

_____ (прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) законного
представника / уповноваженої особи)

місце проживання (зареєстроване): _____

місце проживання/перебування (фактичне): _____

ЗАЯВА*
про заміну технічного та іншого засобу реабілітації

Прошу замінити _____
(найменування виробу)

у зв'язку із _____
(закінченням строку експлуатації виробу / викраденням / руйнуванням унаслідок дій непереборної
сили / зміною медичних показань)

До заяви додаю документи, передбачені Порядком забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані технічні засоби реабілітації, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 05 квітня 2012 року № 321 (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 14 квітня 2021 року № 362).

Я ознайомлений(а) із:

переліком підприємств, до яких можна звернутися з питань забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації;

електронним каталогом технічних та інших засобів реабілітації, якими такі підприємства забезпечують;

механізмом забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації та отримання компенсації;

інформацією щодо електронного кабінету особи, його функціоналу та офіційного вебсайту Мінсоцполітики;

інформацією щодо сумісності технічних та інших засобів реабілітації.

Я даю згоду на використання моїх (та/або особи, інтереси якої я представляю) персональних даних, які буде внесено до Централізованого банку даних з проблем інвалідності з метою забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації.

Заяву та документи на ___ аркушах прийнято ___ 20__ р. та зареєстровано за № _____.

Додатково для розгляду заяви необхідно до ____ 20__ р. подати такі документи: _____	
/ _____ (підпис, Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ особи, що прийняла документи)	Ознайомився(лась) _____ (підпис заявника / законного представника / уповноваженої особи)
✂ -----(лінія відрізу)-----	
Заяву та документи на ____ аркушах прийнято ____ 20__ р. та зареєстровано за № _____.	
Додатково для розгляду заяви необхідно до ____ 20__ р. подати такі документи: _____	
/ _____ (підпис, Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ особи, що прийняла документи)	Ознайомився(лась) _____ (підпис заявника / законного представника / уповноваженої особи)

* Оброблення персональних даних проводиться відповідно до Закону України "Про захист персональних даних".

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства соціальної політики
України 28 травня 2021 року № 278

(повне найменування підприємства)

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

(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) законного
представника / уповноваженої особи)

місце проживання (зарєєстроване): _____

місце проживання/перебування (фактичне):

Контактні телефони _____

Електронна адреса _____

ЗАЯВКА*

**про намір забезпечення допоміжними засобами для особистої гігієни,
допоміжними засобами для особистої рухомості, переміщення та підйому,
засобами для пересування, меблями, оснащенням**

Прошу забезпечити _____

(найменування виробу)

Мені роз'яснено, що відповідно до Порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані технічні та інші засоби реабілітації, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 05 квітня 2012 року № 321 (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 14 квітня 2021 року № 362):

забезпечення допоміжними засобами для особистої гігієни, допоміжними засобами для особистої рухомості, переміщення та підйому, засобами для пересування, меблями, оснащенням (далі - технічні засоби реабілітації), надання послуг з їх післягарантійного ремонту, технічного обслуговування крісел колісних підвищеної надійності та функціональності проводиться згідно з договорами, укладеними територіальним відділенням Фонду соціального захисту інвалідів з підприємством у межах бюджетних призначень, у порядку черговості;

я маю право звернутись до іншого підприємства протягом 14 календарних днів;

підприємство підбирає та призначає технічні засоби реабілітації, функції та оснащення яких відповідають моїм функціональним можливостям, згідно з Порядком призначення технічних засобів реабілітації відповідно до функціональних можливостей особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю, постраждалого внаслідок антитерористичної операції; затвердженим наказом Міністерства соціальної політики України від 17 березня 2021 року № 134, зарєєстрованим у Міністерстві юстиції України 01 квітня 2021 року за № 429/36051;

у разі забезпечення кріслом колісним підприємство надає мені послуги з адаптації та освоєння зазначеного засобу реабілітації;

після закінчення гарантійного строку експлуатації крісла колісного підвищеної надійності та функціональності я зобов'язаний(а) надавати його підприємству для технічного обслуговування кожні два роки;

у разі зміни медичних показань у період між поданням заявки про намір забезпечення технічними засобами реабілітації та фактичним його виготовленням я можу відмовитися від замовленого засобу та замовити інший технічний засіб реабілітації;

у разі отримання мною технічного засобу реабілітації, що не відповідає вимогам, зазначеним в анкеті на виготовлення (забезпечення) технічних засобів реабілітації, територіальне відділення Фонду соціального захисту інвалідів складає акт про непридатність до експлуатації. Такий засіб повертається підприємству, а мені позачергово видається аналогічний технічний засіб реабілітації за рахунок коштів підприємства;

право на забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації призупиняється на наступний строк експлуатації у разі виявлення факту продажу, дарування або передачі до закінчення строку експлуатації виданих за кошти державного бюджету технічних та інших засобів реабілітації; неповернення засобів, що підлягають поверненню, відповідно до Переліку виданих особам з інвалідністю, дітям з інвалідністю та іншим окремим категоріям населення технічних та інших засобів реабілітації, що підлягають поверненню до структурних підрозділів з питань соціального захисту населення районних, районних у містах Києві та Севастополі держадміністрацій, виконавчих органів міських, районних у містах рад у разі смерті зазначених осіб та з інших причин, якщо строк їх експлуатації не закінчився, затвердженого наказом Міністерства соціальної політики України від 10 серпня 2018 року № 1138, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 06 вересня 2018 року за № 1014/32466;

виявлення, зокрема за результатами моніторингу технічних та інших засобів реабілітації, виданих за рахунок коштів державного бюджету, факту умисних пошкодження, втрати, продажу, обміну та/або дарування технічних та інших засобів реабілітації іншій особі протягом строку, на який вони видаються, може бути також підставою для відмови в забезпеченні технічними та іншими засобами реабілітації на наступний строк;

я, мій законний представник чи уповноважена особа повинні забрати індивідуальний засіб реабілітації протягом чотирьох місяців із дня його виготовлення.

Я даю згоду на використання моїх (та/або особи, інтереси якої я представляю) персональних даних, які буде внесено до Централізованого банку даних з проблем інвалідності з метою забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації.

Заявку та документи на ___ аркушах прийнято _____ 20__ р. та зареєстровано за № _____.	
_____/_____ (підпис, Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ особи, що прийняла документи)	Ознайомився(лась) _____ (підпис заявника / законного представника / уповноваженої особи)

* Оброблення персональних даних проводиться відповідно до Закону України "Про захист персональних даних".

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства соціальної політики
України 28 травня 2021 року № 278
Полтавське обласне відділення Фонду соціального
захисту інвалідів
(повне найменування територіального відділення
Фонду соціального захисту інвалідів)

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

_____ (прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) законного
представника / уповноваженої особи)

_____ місце проживання (zareestrowane): _____

_____ місце проживання/перебування (фактичне): _____

ЗАЯВКА*
на проведення ремонту технічних та інших засобів реабілітації

Прошу провести післягарантійний ремонт _____ (найменування виробу)

у зв'язку _____

Мене ознайомлено із тим, що:

сумарний розмір видатків на ремонт і технічне обслуговування технічних та інших засобів реабілітації за весь період експлуатації не може перевищувати 70 відсотків граничної ціни засобу, встановленої Мінсоцполітики. При цьому до видатків на ремонт крісел колісних з електроприводом або електроскутерів вартість акумуляторів у разі їх заміни не включається та підприємству не відшкодовується;

вартість акумуляторів для крісел колісних з електроприводом або електроскутерів у разі придбання їх мною, що підтверджується видатковою накладною (товарним чеком), відшкодовується один раз на два роки (не більше ніж за дві одиниці);

ремонт технічного та іншого засобу реабілітації, гарантійний строк експлуатації якого не закінчився, проводиться підприємством, яке забезпечило мене цим виробом;

технічне обслуговування або ремонт технічного та іншого засобу реабілітації проводиться у строк не більше ніж місяць з дати надходження щомісячних бюджетних асигнувань у межах створених попередніх замовлень;

у разі отримання мною нового технічного та іншого засобу реабілітації післягарантійний ремонт раніше виданого засобу за рахунок коштів державного бюджету не проводиться;

після закінчення гарантійного строку експлуатації крісла колісного підвищеної надійності та функціональності я зобов'язаний(а) надавати його підприємству для технічного обслуговування кожні два роки.

Я даю згоду на використання моїх (та/або особи, інтереси якої я представляю) персональних даних, які буде внесено до Централізованого банку даних з проблем інвалідності з метою забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації.

Заяву на ремонт прийнято ____ 20__ р. та зареєстровано за № _____.	
_____ (підпис, Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ особи, що прийняла документи)	_____ Ознайомився(лась) _____ (підпис заявника / законного представника / уповноваженої особи)
✂ -----(лінія відрізу)-----	
Заяву на ремонт прийнято ____ 20__ р. та зареєстровано за № _____.	
Вартість виробу _____ грн _____ коп.	
_____ (підпис, Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ особи, що прийняла документи)	_____ Ознайомився(лась) _____ (підпис заявника / законного представника / уповноваженої особи)

* Оброблення персональних даних проводиться відповідно до Закону України "Про захист персональних даних".

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства соціальної політики
України 28 травня 2021 року N 278
Полтавське обласне відділення Фонду соціального
захисту інвалідів
(повне найменування територіального відділення
Фонду соціального захисту інвалідів)

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

_____ (прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) законного
представника / уповноваженої особи)

місце проживання (zareєстроване): _____

місце проживання/перебування (фактичне): _____

ЗАЯВА*
**про дозвіл на отримання технічного засобу реабілітації уповноваженою
особою**

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

документ, що посвідчує особу (паспорт): серія (за наявності) _____ № _____,
виданий _____

_____ (ким, дата)

прошу видати виготовлений для мене технічний засіб реабілітації _____
(найменування виробу)

уповноваженій мною особі _____ (прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) уповноваженої особи)

документ, що посвідчує особу (паспорт): серія (за наявності) _____ № _____,
виданий _____

_____ (ким, дата)

місце проживання (zareєстроване): _____

місце проживання/перебування (фактичне): _____

_____ (дата)

_____ (підпис)

_____ (Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ)

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

згоден(на) отримати технічний засіб реабілітації _____
(найменування виробу)

для передання його _____
(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності))

(дата)

(підпис)

(Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ)

Я даю згоду на використання моїх (та/або особи, інтереси якої я представляю) персональних даних, які буде внесено до Централізованого банку даних з проблем інвалідності з метою забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації.

Технічний засіб реабілітації видано _____ 20__ р. на підставі акта № _____. / _____ Отримав(ла) _____ (підпис, Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ особи, що прийняла документи) (підпис заявника / законного представника / уповноваженої особи)	
 -----(лінія відрізу)-----	
Технічний засіб реабілітації видано _____ 20__ р. на підставі акта № _____. / _____ Отримав(ла) _____ (підпис, Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ особи, що прийняла документи) (підпис заявника / законного представника / уповноваженої особи)	

* Оброблення персональних даних проводиться відповідно до Закону України "Про захист персональних даних".