

Додаток № 7
до рішення Виконавчого комітету
Гірської сільської ради
від 06 травня 2025 року № 70

ІНФОРМАЦІЙНА КАРТКА
АДМІНІСТРАТИВНОЇ ПОСЛУГИ
ІДЕНТИФІКАТОР № 01255
ПРИЗНАЧЕННЯ ГРОШОВОЇ КОМПЕНСАЦІЇ ЗАМІСТЬ САНАТОРНО-
КУРОРТНОЇ ПУТІВКИ ОСОБАМ З ІНВАЛІДНІСТЮ ВНАСЛІДОК
ВІЙНИ ТА ПРИРІВНЯНИМ ДО НИХ ОСОБАМ

(назва адміністративної послуги)

1.	Орган, що надає послугу	Управління соціальної та ветеранської політики Бориспільської районної державної адміністрації
2.	Інформація про ЦНАП (місце подання документів та отримання результату послуги)	Відділ «Центр надання адміністративних послуг» виконавчого комітету Гірської сільської ради 08324, Київська область, Бориспільський район, с.Гора, вул. Центральна, 5 телефон: 0800-300-157 e-mail: info@gora-rada.gov.ua офіційний сайт: https://gora-rada.gov.ua Графік прийому громадян: понеділок-четвер з 8-30 до 16-45 п'ятниця з 8-30 до 15-30 без перерви на обід. Вихідний день: субота, неділя, офіційні свята
3.	Перелік документів, необхідних для отримання адміністративної послуги, а також вимоги до них	Наявність статусу особи з інвалідністю внаслідок війни 1,2,3 групи та прирівняної до неї особи 1.Заява особи з інвалідністю внаслідок війни та прирівняної до неї особи про виплату грошової компенсації замість санаторно-курортного путівки. 2.Копія паспорту громадянина України. 3.Копія довідки про присвоєння ідентифікаційного номера. 4.Копія посвідчення особи з інвалідністю внаслідок війни та прирівняної до неї особи. При подачі копій документів, надаються їх оригінали
4.	Порядок та спосіб подання документів	Заява та документи, необхідні для отримання послуги, подаються заявником особисто або уповноваженою ним особою у паперовій формі або можуть бути надіслані суб'єкту надання адміністративної послуги поштою чи в електронній формі через Єдиний державний веб-портал електронних послуг (у разі технічної можливості)

5.	Платність (безоплатність) надання адміністративної послуги	Безоплатно
6.	Строк надання адміністративної послуги	10 днів
7.	Результат надання адміністративної послуги	Призначення грошової компенсації / відмова у призначенні
8.	Перелік підстав для відмови у наданні адміністративної послуги	Подання не в повному обсязі встановленого переліку документів 3 дня звернення із заявою про виділення путівки або виплату компенсації не пройшло 2 роки або особа протягом цього періоду одержувала безоплатну санаторно-курортну путівку
9.	Спосіб отримання відповіді (результату)	Повідомлення про призначення грошової компенсації / відмову у призначенні Особисто або через уповноважену особу при наявності документа, що посвідчує особу та її повноваження
10.	Закони України, акти Кабінету міністрів України, акти центральних органів виконавчої влади	Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії соціального захисту» від 22.10.1993 № 3551-ХІІ, Закон України «Про жертви нацистських переслідувань» від 23.03.2000 № 1584-ІІІ Постанова КМУ від 17.06.2004 № 785 «Про затвердження Порядку виплати грошової компенсації вартості санаторно-курортного лікування деяким категоріям громадян» Наказ ЦОВВ від 22.01.2018 № 73 «Про затвердження форм документів щодо забезпечення структурними підрозділами з питань соціального захисту населення санаторно-курортним лікуванням осіб пільгових категорій» Наказ ЦОВВ від 15.10.2001 № 422/465/181 «Про затвердження Порядку планування та здійснення видатків на виплату, грошової компенсації вартості санаторно-курортного лікування окремим категоріям інвалідів».
11.	Примітка	-//-

**Начальник відділу соціального захисту
населення виконавчого комітету
Гірської сільської ради**

Тетяна БЕЛОУС

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства соціальної політики
України

09 січня 2023 року N 3

Управління соціальної та ветеранської політики Бориспільської РДА

(назва органу, до якого подається заява)

_____,
(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) особи, яка подає заяву)

який / яка (підкреслити потрібне) проживає за адресою:

_____,

має зареєстроване / задеклароване місце проживання / перебування
(підкреслити потрібне)

за адресою _____

_____,
контактний номер мобільного телефону _____

_____,
(паспорт громадянина України або тимчасове посвідчення громадянина України (для іноземців та осіб без громадянства – паспортний документ іноземця, або документ, що посвідчує особу без громадянства, або посвідка на постійне / тимчасове проживання, або посвідчення біженця, або інший документ, що підтверджує законність перебування іноземця чи особи без громадянства на території України) (азначити потрібне)

серії (за наявності) _____ № _____, виданий (видана)

(ким і коли) (за наявності)

унікальний номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі (за наявності): _____

реєстраційний номер облікової картки платника податків (крім осіб, які відмовились від отримання такого номера і мають про це відмітку в паспорті): _____

народився / народилась (підкреслити потрібне) _____

число, місяць, рік

Звернення: первинне ☐ повторне ☐

Номер основної особової справи

№ _____

(дата реєстрації заяви)

ЗАЯВА

про призначення усіх видів соціальної допомоги та компенсацій*

Прошу призначити / перерахувати (потрібне підкреслити) мені належну згідно із законодавством допомогу / компенсацію (потрібне підкреслити) відповідного виду із нижчевикладеного переліку.

Назва допомоги / компенсації	Зазначити необхідне
1. Державна допомога сім'ям з дітьми	
Допомога у зв'язку з вагітністю та пологами	
Допомога при народженні дитини	
Допомога при усиновленні дитини	
Допомога на дітей, над якими встановлено опіку чи піклування	
Допомога на дітей одининок матерям	
Допомога особі, яка доглядає за хворою дитиною	
2. Державна соціальна допомога малозабезпеченим сім'ям	
3. Державна соціальна допомога особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю	
Допомога особам з інвалідністю з дитинства I групи	

Допомога особам з інвалідністю з дитинства II групи	
Допомога особам з інвалідністю з дитинства III групи	
Допомога на дітей з інвалідністю віком до 18 років	
Надбавка на догляд за особою з інвалідністю з дитинства підгрупи А I групи	
Надбавка на догляд за особою з інвалідністю з дитинства підгрупи Б I групи	
Надбавка на догляд за самотніми особами з інвалідністю з дитинства II і III груп, які за висновком лікарсько-консультативної комісії закладу охорони здоров'я потребують постійного стороннього догляду	
Надбавка на догляд за дитиною з інвалідністю віком до 6 років	
Надбавка на догляд за дитиною з інвалідністю віком від 6 до 18 років	
4. Державна соціальна допомога особам, які не мають права на пенсію, та особам з інвалідністю	
Допомога особам з інвалідністю I групи	
Допомога особам з інвалідністю II групи	
Допомога особам з інвалідністю III групи	
Допомога жінкам, яким присвоєно звання України „Мати-героїня”	
Допомога священнослужителям, церковнослужителям	
Допомога особам, які досягли віку, що дає право на призначення допомоги	
Допомога дитині померлого годувальника	
Допомога на догляд самотнім малозабезпеченим особам, які за висновком лікарсько-консультативної комісії закладу охорони здоров'я потребують постійного стороннього догляду (крім осіб з інвалідністю I групи)	
Допомога на догляд малозабезпеченим особам з інвалідністю підгрупи А I групи	
Допомога на догляд малозабезпеченим особам з інвалідністю підгрупи Б I групи	
Допомога на догляд самотнім особам, які досягли 80-річного віку та за висновком лікарсько-консультативної комісії закладу охорони здоров'я потребують постійного стороннього догляду (крім осіб з інвалідністю внаслідок війни)	
5. Компенсаційні виплати та допомога громадянам, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи	
Одноразова компенсація учасникам ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС, які стали особами з інвалідністю внаслідок Чорнобильської катастрофи	
Одноразова компенсація дітям, які стали особами з інвалідністю внаслідок Чорнобильської катастрофи	
Одноразова компенсація сім'ям, які втратили годувальника із числа осіб, віднесених до учасників ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС, смерть яких пов'язана з Чорнобильською катастрофою	
Щорічна допомога на оздоровлення	
Грошова компенсація замість путівки	
Компенсація проїзду один раз на рік до будь-якого населеного пункту України і назад автомобільним, або повітряним, або залізничним, або водним транспортом особам, віднесеним до категорій 1 та 2 постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи	
Компенсація 50 (25) відсотків вартості продуктів харчування за медичними (фізіологічними) нормами, встановленими Міністерством охорони здоров'я України, громадянам, віднесеним до категорій 1 та 2 постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи	
Щомісячна грошова компенсація на дітей, які не харчуються в закладах освіти, розташованих на територіях радіоактивного забруднення, та дітей, які є особами з інвалідністю внаслідок Чорнобильської катастрофи і не харчуються в закладах освіти, у тому числі за дні, в які вони не відвідували ці заклади	
6. Тимчасова державна допомога дітям, батьки яких ухиляються від сплати аліментів, не мають можливості утримувати дитину або місце проживання їх невідоме	
7. Соціальна допомога на дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, грошове забезпечення батькам-вихователям і прийомним батькам	
8. Допомога на догляд (щомісячна грошова допомога особі, яка проживає разом з особою з інвалідністю I чи II групи внаслідок психічного розладу, яка за висновком лікарської комісії медичного закладу потребує постійного стороннього догляду, на догляд за нею)	
9. Грошова компенсація замість санаторно-курортної путівки	
10. Компенсація вартості самостійного санаторно-курортного лікування	
11. Одноразова винагорода жінці, якій присвоєно почесне звання України „Мати-героїня”	
12. Одноразова матеріальна допомога особі, яка постраждала від торгівлі людьми	
13. Допомога на поховання	
14. Тимчасова державна соціальна допомога непрацюючій особі, яка досягла загального пенсійного віку, але не набула права на пенсійну виплату	
15. Допомога на дітей, які виховуються у багатодітних сім'ях	

До заяви відповідно до законодавства додаю _____ документів на _____ аркушах.
У разі призначення / проведення перерахунку соціальної допомоги / компенсації *(підкреслити потрібне)* прошу виплатити кошти:

☐
через організацію, яка здійснює виплату і доставку пенсій та грошової допомоги за місцем фактичного проживання

_____ /

(найменування організації)

☐
на рахунок у банку _____

_____ /

(назва банку)

_____ /

(номер рахунка (за стандартом IBAN))

☐
на особовий рахунок будинку-інтернату, установи (закладу), де особа з інвалідністю з дитинства або дитина з інвалідністю перебуває на повному державному утриманні, у банку _____

_____ /

(назва банку)

_____ /

(номер рахунка (за стандартом IBAN))

Підтверджую відсутність змін у складі сім'ї (при повторному зверненні).

Усвідомлюю, що надані мною відомості про доходи та майно, що вплинули або могли вплинути на прийняте рішення щодо призначення / перерахунку соціальної допомоги / компенсації, будуть перевірені згідно із законодавством України.

Мене поінформовано про те, що в разі зміни обставин, які можуть вплинути на отримання мною соціальної допомоги / компенсації, я повинен / повинна повідомити про це орган соціального захисту населення.

Про відмову у призначенні / про припинення виплати призначеної соціальної допомоги / компенсації та / або про повернення надміру виплачених коштів у разі подання неповних чи недостовірних відомостей про доходи та майновий стан сім'ї мене попереджено.

_____ (підпис)

_____ (дата)

Інформація, яка повідомляється одинокою матір'ю (зазначити необхідне)

1. У шлюбі	Перебувала	Не перебувала	Перебуваю
2. З особою, від якої маю дитину	Проживаю	Не проживаю	
3. Пенсію в разі втрати годувальника або соціальну пенсію (заповнюють лише вдови, вдівці)	Отримую	Не отримую	

Інформація щодо призначення пенсії в разі втрати годувальника, яка повідомляється одержувачем державної соціальної допомоги, особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю

Управління Пенсійного фонду, у якому перебуває на обліку одержувач допомоги	Номер пенсійної справи

Інформація щодо отримання пенсій (допомоги) особою, за якою здійснюється догляд, яка повідомляється одержувачем компенсаційної виплати / допомоги по догляду

Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності), адреса, орган, у якому перебуває на обліку одержувач пенсії (допомоги) (особа, за якою здійснюється догляд)	Номер пенсійної справи

Якщо прийняття рішення щодо призначення / перерахунку допомоги потребуватиме окремого рішення місцевого органу виконавчої влади / органу місцевого самоврядування, прошу подати / не подавати мою заяву на розгляд місцевому органу виконавчої влади / органу місцевого самоврядування (потрібне підкреслити):

_____ (підпис заявника / уповноваженого представника)

_____ (дата)

Я надаю згоду на передачу (за потреби) моїх персональних даних та підтверджую наявність згоди осіб, зазначених у цій заяві, на передачу їхніх персональних даних урядом іноземних держав, міжнародним організаціям, донорським установам з метою отримання допомоги (у разі можливості надання такої) за рахунок їхніх коштів у порядку, визначеному законодавством.

Заповнюється працівником управління соціального захисту населення / виконавчого органу сільської, селищної, міської ради територіальної громади, військової адміністрації / центру надання адміністративних послуг
Відомості з паспорта та поданих документів звірено.

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

Для розгляду заяви необхідно додати до _____ 20__ р. такі документи:

_____ Ознайомився(лась) _____

✂

Заповнюється працівником управління соціального захисту населення / виконавчого органу сільської, селищної, міської ради територіальної громади, військової адміністрації / центру надання адміністративних послуг
Відомості з паспорта та поданих документів звірено.

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

Для розгляду заяви необхідно додати до _____ 20__ р. такі документи:

_____ Ознайомився(лась) _____