ЗАТВЕРДЖЕНО

наказ начальника управління праці та

соціального захисту населення

Каховської міської ради

27.12.2019 № 138

 **ІНФОРМАЦІЙНА КАРТКА**

 **адміністративної послуги № 19**

„ПРИЗНАЧЕННЯ ОДНОРАЗОВОЇ ГРОШОВОЇ/МАТЕРІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ З ІНВАЛІДНІСТЮ ТА ДІТЯМ З ІНВАЛІДНІСТЮ”

 **Управління праці та соціального захисту населення**

**Каховської міської ради**

|  |
| --- |
| **Інформація про суб'єкт надання адміністративної послуги / центр надання адміністративних послуг / виконавчий орган ради об'єднаної територіальної громади** |
| 1 | Місцезнаходження |  Херсонська область, місто Каховка, вулиця Велика Куликовська, 103, кабінет № 113 |
| 2 | Інформація щодо режиму роботи | Понеділок-четвер: з 8.00 до 17.00П'ятниця: з 8.00 до16.00 |
| 3 | Телефон / факс, електронна адреса, офіційний веб-сайт | Телефон (05536) 4 33 17; 4 29 59Факс (05536) 2 07 24 |
| **Нормативні акти, якими регламентується надання адміністративної послуги** |
| 4 | Закони України | [Закон України "Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні" від 21.03.91 N 875-XII](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T087500.html) |
| 5 | Акти Кабінету Міністрів України | [Постанова Кабінету Міністрів України від 12.04.2017 N 256 "Деякі питання використання коштів державного бюджету для виконання заходів із соціального захисту дітей, сімей, жінок та інших найбільш вразливих категорій населення"](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/KP170256.html) |
| **Умови отримання адміністративної послуги** |
| 6 | Підстава для отримання | Допомога надається у разі тривалої хвороби, смерті близьких родичів (одного з подружжя, батьків, дітей), стихійного лиха та інших особливих обставин особам з інвалідністю, дітям з інвалідністю та непрацюючим малозабезпеченим особам, які отримують пенсію та/або державну соціальну допомогу відповідно до [Законів України "Про державну соціальну допомогу особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю"](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T002109.html) і ["Про державну соціальну допомогу особам, які не мають права на пенсію, та особам з інвалідністю"](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T041727.html), якщо розмір таких виплат у місяці, що передує місяцю звернення, не перевищує двох прожиткових мінімумів для осіб, які втратили працездатність |
| 7 | Перелік необхідних документів | Заява до управління праці та соціального соціального захисту населення;паспорт та/або свідоцтво про народження дитини з інвалідністю (у разі потреби - копії паспорта законного представника та документа, що підтверджує його повноваження);реєстраційний номер [облікової картки платника податків](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/RE31174.html) (крім фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків, офіційно повідомили про це відповідному контролюючому органові і мають про це відмітку в паспорті);висновок медико-соціальної експертної комісії, лікувально-консультативної комісії лікувально-профілактичного закладу (для дітей з інвалідністю) про встановлення інвалідності |
| 8 | Спосіб подання документів | Заява та документи подаються заявником особисто або уповноваженою ним особою |
| 9 | Платність (безоплатність) надання | Адміністративна послуга надається безоплатно |
| 10 | Строк надання | Строк озгляду заяви про призначення / відмову становить п'ять робочих днів з дня отримання заяви. Кошти виплачуються при надходженні на рахунки управління, відповідно черговості (дата подання заяви) |
| 11 | Перелік підстав для відмови у наданні |  Неповний пакет документів |
| 12 | Результат надання адміністративної послуги | Надання одноразової матеріальної допомоги / відмова у наданні одноразової матеріальної допомоги |
| 13 | Способи отримання відповіді (результату) | Отримання грошової допомоги через поштові або банківські відділення |

 ЗАТВЕРДЖЕНО

 Наказ Міністерства соціальної політики України

 16.07.2012 № 438

Начальнику управління праці та соціального захисту населення Каховської міської ради Скрипніченку А.В.

від інваліда, законного представника інваліда, дитини-інваліда, непрацюючої малозабезпеченої особи (*необхідне підкреслити та дописати*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(вказати повністю прізвище, ім’я, по батькові (далі – П.І.Б.))*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, який (яка)

*(для інвалідів вказати причину та групу інвалідності)*

проживає (зареєстрований) за адресою: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(вказати район та назву населеного пункту, вулицю, номер будинку та квартири)*

паспорт: серія \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_р.

реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія 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) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ контактний телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВА
про надання одноразової матеріальної допомоги**

Прошу надати мені, на підопічного, дитину-інваліда *(необхідне підкреслити та дописати) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(якщо звертається законний представник, то вказати повністю П.І.Б., причину та групу інвалідності, дані паспорта (свідоцтва про народження) місце проживання (реєстрації) підопічного, дитини-інваліда)*

одноразову матеріальну допомогу у зв’язку з *(вказати причину та на що буде використано допомогу) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.*

Прошу у разі призначення допомоги кошти перерахувати шляхом:

поштового переказу № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ або на особовий банківський рахунок інваліда, законного представника дітини-інваліда, непрацюючої малозабезпеченої особи № \_\_\_\_\_\_\_\_\_МФО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ банк \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я даю згоду на використання моїх персональних даних, що будуть внесені до централізованого банку даних з проблем інвалідності з метою визначення права на призначення мені одноразової матеріальної допомоги, а також для ведення реєстру виплат (перерахування) допомоги та підготовки звіту про використання бюджетних коштів.

**До заяви додаю:**

непрацююча малозабезпечена особа:

а) ксерокопію паспорта (1,2 та 11 сторінки);

б) ксерокопію пенсійного посвідчення або посвідчення отримувача державної соціальної допомоги;

в) ксерокопію довідки про присвоєння реєстраційного номера, облікової картки платника податків, (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, враховуються серія та номер паспорта);

інвалід, дитина-інвалід або один з батьків, опікун чи піклувальник (законний представник):

а) ксерокопію паспорта (1,2 та 11 сторінки) та/або свідоцтва про народження дитини-інваліда (у разі потреби − ксерокопію паспорта законного представника (1,2 та 11 сторінки) та документа, що підтверджує його повноваження);

б) ксерокопію довідки про присвоєння реєстраційного номера, облікової картки платника податків, (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, враховуються серія та номер паспорта);

в) ксерокопію висновку медико-соціальної експертної комісії, лікувально-консультативної комісії лікувально-профілактичного закладу (для дітей-інвалідів) про встановлення інвалідності.

|  |  |
| --- | --- |
| ”\_\_\_\_\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ року | **\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(підпис заявника або законного представника) |

Заява \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_про надання матеріальної допомоги

 *(вказати П.І.Б. заявника*)

отримана ”\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ року.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*посада та підпис уповноваженої особи*