ЗАТВЕРДЖЕНО

наказ начальника управління праці та

соціального захисту населення

Каховської міської ради

27.12.2019 № 138

**ІНФОРМАЦІЙНА КАРТКА**

**адміністративної послуги № 21**

„ВИДАЧА НАПРАВЛЕННЯ НА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ТЕХНІЧНИМИ ТА ІНШИМИ ЗАСОБАМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ ТА ДІТЕЙ 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 17.00  П'ятниця: з 8.00 до16.00 |
| 3 | Телефон / факс, електронна адреса, офіційний веб-сайт | Телефон (05536) 4 33 1; 4 29 59  Факс (05536) 2 07 24 |
| **Нормативні акти, якими регламентується надання адміністративної послуги** | | |
| 4 | Закони України | [Закони 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); ["Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні" від 19.12.2017 N 2249-VIII](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T172249.html) |
| 5 | Акти Кабінету Міністрів України | [Постанова Кабінету Міністрів України від 05.04.2012 N 321 "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 засоби реабілітації, переліків таких засобів"](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/KP120321.html) |
| 6 | Акти центральних органів виконавчої влади | [Наказ Міністерства соціальної політики України від 12.09.2018 N 1354 "Про затвердження форм документів з обліку та забезпечення осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення технічними та іншими засобами реабілітації"](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/RE32611.html) |
| **Умови отримання адміністративної послуги** | | |
| 7 | Підстава для отримання | Інвалідність, вік, стан здоров'я, медичні показання, внаслідок чого особи потребують отримання направлення на забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації |
| 8 | Перелік необхідних документів | -[заява про взяття на облік](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/RE32611.html) особи з інвалідністю, іншої особи або їх законного представника; паспорт або свідоцтво про народження (для дітей віком до 14 років); -висновок МСЕК про встановлення інвалідності для осіб з інвалідністю (для дітей з інвалідністю - висновок ЛКК) - у разі коли особа вперше звертається до органів соціального захисту населення або змінюється група інвалідності; -індивідуальна програма реабілітації (для особи з інвалідністю та дитини з інвалідністю) або висновок ЛКК (для інших осіб, осіб з інвалідністю, група інвалідності яких установлена до 1 січня 2007 р. як безстрокова або строк дії якої не закінчився), 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 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](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/KP120321.html), переліків таких засобів); -рішення ВЛК чи висновок ЛКК (для постраждалих внаслідок антитерористичної операції, яким не встановлено інвалідність); 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); -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); довідка, що підтверджує місце проживання / перебування безпосередньо в районі проведення антитерористичної операції, видана уповноваженим органом за місцем проживання (для постраждалих внаслідок антитерористичної операції з числа мирних громадян України, які проживали в районі проведення антитерористичної операції та яким не встановлено інвалідність); -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); 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); довідка з місця роботи, служби або навчання особи з інвалідністю та іншої особи (для осіб, які працюють, служать, навчаються); -посвідчення про взяття на облік бездомної особи (для бездомних осіб); -копія ідентифікаційного коду або копія сторінки паспорта громадянина України з відміткою про наявність права здійснювати будь-які платежі за серією та номером паспорта громадянина України;  -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); -посвідчення, яке підтверджує право особи на пільги (для ветеранів військової служби, ветеранів органів внутрішніх справ і ветеранів державної пожежної охорони). Законний представник особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю, іншої особи подає документи, що посвідчують його особу та підтверджують її спеціальний статус та повноваження. При повторному зверненні, для отримання направлення на забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації, особа подає заяву про заміну технічного та іншого засобу реабілітації після закінчення строку його експлуатації або про його дострокову заміну |
| 9 | Спосіб подання документів | Заява та документи подаються заявником або уповноваженою ним особою у паперовій формі особисто |
| 10 | Платність (безоплатність) надання | Адміністративна послуга надається безоплатно |
| 11 | Строк надання | Для одержувачів послуг, зазначених у [Законі України "Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні"](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T052961.html), норма відсутня |
| 12 | Перелік підстав для відмови у наданні | Подання не у повному обсязі встановленого переліку документів; відмова отримувача даної послуги; смерть отримувача даної послуги |
| 13 | Результат надання адміністративної послуги | Видача направлення на забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації / відмова у видачі направлення на забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації |
| 14 | Способи отримання відповіді (результату) | Особа з інвалідністю, дитина з інвалідністю, інша особа або їх законний представник отримує оригінал направлення у паперовому вигляді |

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства соціальної політики

України 14 вересня 2018 року № 1354

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

від \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

місце проживання:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**ЗАЯВА\* про взяття на облік**

Прошу забезпечити \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

згідно з висновком МСЕК (ЛКК) та на підставі індивідуальної програми реабілітації / рішення ВЛК (необхідне підкреслити).

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 (зі змінами) (далі - Порядок):

забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації, у тому числі шляхом виплати компенсації, проводиться через органи соціального захисту населення без права їх продажу, дарування та передання іншим особам протягом строку, на який видаються такі засоби;

технічні та інші засоби реабілітації, строк експлуатації яких закінчився, поверненню не підлягають;

забезпечення протезами верхніх і нижніх кінцівок, ортезами шарнірними на нижні кінцівки та кріслами колісними проводиться згідно з [договорами](http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/z0549-18/paran6#n6), укладеними між органом соціального захисту населення, підприємством і мною;

забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації (крім протезів верхніх і нижніх кінцівок, ортезів шарнірних нижніх кінцівок і крісел колісних), надання послуг із післягарантійного ремонту технічних та інших засобів реабілітації, надання реабілітаційних послуг проводиться згідно з договорами, укладеними між органом соціального захисту населення та підприємством.

Я ознайомлений(а) із:

переліком підприємств із зазначенням контактних даних, 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.

**Відповідно до пункту 43 Порядку я бажаю отримати \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(одне, два) **крісло(а) колісне(і).**

Я поінформований(а) про те, що: забезпечення технічними засобами реабілітації проводиться в установленому законодавством порядку;

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

технічні та інші засоби реабілітації призначаються відповідно до моїх функціональних можливостей та сумісності технічних та інших засобів реабілітації при їх призначенні;

можу відмовитися від технічного засобу реабілітації шляхом подання відповідної письмової заяви; у разі відсутності зазначеної заяви складається акт про відмову;

у разі відмови від технічного засобу реабілітації мене буде знято з обліку на строк експлуатації відповідного засобу, за винятком таких ситуацій, як:

зміна медичних показань, що підтверджується індивідуальною програмою, висновком МСЕК або ЛКК, рішенням ВЛК, у період між поданням заяви та фактичним виготовленням засобу реабілітації;

отримання мною неякісного технічного засобу реабілітації або такого, що не відповідає вимогам, зазначеним у заявці (у такому разі фахівець органу соціального захисту населення або сервісного центру складає акт про непридатність до експлуатації або неналежну якість відповідного засобу, а мені позачергово видається інший технічний засіб реабілітації за рахунок коштів підприємства);

у разі моєї відсутності за місцем проживання, зазначеним у заявці, спеціалісти органу соціального захисту населення та сервісного центру складають акт про мою відсутність за місцем проживання, копія якого надсилається мені рекомендованим листом із повідомленням. Якщо протягом 30 днів з дати надсилання акта органом соціального захисту населення я не отримав(ла) технічний засіб реабілітації та не подав(ла) з поважних причин документ, що підтверджує мою відсутність за місцем проживання (перебування в закладах охорони здоров’я, реабілітаційному центрі тощо), технічний засіб реабілітації може бути виданий наступній за списком особі з інвалідністю, постраждалому внаслідок антитерористичної операції, дитині з інвалідністю, які перебувають на обліку та потребують такого засобу;

після подання мною до органу соціального захисту населення заяви про повторне виготовлення технічного засобу реабілітації та документа, що підтверджує мою відсутність з поважних причин за місцем проживання, такий засіб видається мені позачергово, а в разі відсутності зазначеного документа - в порядку черговості;

за бажанням можу отримати крісло колісне, яке не відповідає моїм функціональним можливостям, таке крісло видається на максимальний строк експлуатації;

подання мною документів, які містять свідомо неправдиві дані, є підставою для відмови мені у взятті на облік;

у разі відсутності потреби в засобі реабілітації я та члени моєї сім’ї зобов’язані повернути виданий мені безоплатно засіб реабілітації у повному комплекті, строк експлуатації якого не закінчився, органу соціального захисту населення або сервісному центру;

у разі безоплатного отримання мною технічного та іншого засобу реабілітації через орган соціального захисту населення за рахунок коштів місцевого бюджету, інших надходжень, зокрема благодійної або гуманітарної допомоги, мені не видається відповідний засіб за кошти державного бюджету, але я маю право на отримання послуг із післягарантійного ремонту технічних та інших засобів реабілітації, надання реабілітаційних послуг протягом строку експлуатації таких засобів. При цьому я вважаюсь забезпеченим(ою) відповідним засобом реабілітації на строк його експлуатації.

Я зобов’язуюсь повідомити орган соціального захисту населення про вибір підприємства (телефоном, письмово, електронною поштою тощо).

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

До заяви додаю документи, передбачені пунктом 15 Порядку.

|  |  |
| --- | --- |
| Заяву та документи на \_\_\_\_\_\_\_\_\_ аркушах прийнято „\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_\_\_\_ р. та зареєстровано за № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Додатково для розгляду заяви необхідно додати до „\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ р. такі документи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ „Ознайомився(лась)”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (підпис та прізвище відповідальної особи) (підпис заявника, законного представника,  уповноваженої особи) | |
| ✂-----------------------------------------------(лінія відрізу)------------------------------------------ | |
| Заяву та документи на \_\_\_\_\_\_ аркушах прийнято „\_\_\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_ р. та зареєстровано за № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Додатково для розгляду заяви необхідно додати до „\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ р. такі документи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ „Ознайомився(лась)” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(*підпис та прізвище відповідальної особи) (підпис заявника, законного представника, уповноваженої особи) |

\* Обробка персональних даних здійснюється відповідно до Закону України ,,Про захист персональних даних”.

ЗАТВЕРДЖЕНО  
 наказ Міністерства соціальної

політики України

14 вересня 2018 року № 1354

Начальнику управління праці та

соціального захисту населення

Каховської міської ради

Скрипніченку А.В.

від \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

місце проживання:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**ЗАЯВА**

**про заміну технічного та іншого засобу реабілітації після закінчення строку його експлуатації або у разі дострокової заміни**

Прошу замінити\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(найменування виробу)

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

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 (зі змінами).

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.

Якщо особа з інвалідністю, дитина з інвалідністю, інша особа своєчасно не звернулася із заявою про заміну технічного та іншого засобу реабілітації, строк експлуатації якого закінчився, такий засіб за пропущений період не видається.

|  |
| --- |
| Заяву та документи на \_\_\_ аркушах прийнято „\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. та зареєстровано за № \_\_\_\_\_\_\_.  Додатково для розгляду заяви необхідно додати до „\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. такі документи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ „Ознайомився(лась)” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (підпис та прізвище відповідальної особи) (підпис заявника, законного представника,  уповноваженої особи) |
| ✂-----------------------------------------------(лінія відрізу)---------------------------------------------- |
| Заяву та документи на \_\_\_ аркушах прийнято „\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. та зареєстровано за № \_\_\_\_\_\_\_.  Додатково для розгляду заяви необхідно додати до „\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. такі документи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ „Ознайомився(лась)” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (підпис та прізвище відповідальної особи) (підпис заявника, законного представника,  уповноваженої особи) |

ЗАТВЕРДЖЕНО  
 Наказ Міністерства соціальної

політики України  
 14 вересня 2018 року № 1354

ЗАЯВКА\*  
на забезпечення засобами для пересування №\_\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ До картки особи №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Прізвище, ім’я, по батькові \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Дата народження \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Працюючий(а) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(так/ні)

4. Місце проживання (зареєстроване) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

5. Місце проживання / перебування (фактичне) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Контактний телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Електронна адреса \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Пільгова категорія \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Причина інвалідності \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, група інвалідності \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Вага, кг \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ширина сидіння, см \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. Зріст, см \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12. Найменування виду крісла колісного \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(призначеного відповідно до функціональних можливостей особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю,   
постраждалого внаслідок антитерористичної операції / без відповідності функціональним можливостям   
на максимальний строк експлуатації, необхідне підкреслити)

Працівник органу соціального захисту населення, відповідальний за оформлення заявки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(прізвище та ініціали) (підпис)

Особа з інвалідністю / постраждалий внаслідок антитерористичної операції/   
законний представник / уповноважена особа (із призначенням згоден(на))

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

(прізвище та ініціали) (підпис)

\* Оброблення персональних даних проводиться відповідно до Закону України «Про захист персональних даних».

ЗАТВЕРДЖЕНО  
 Наказ Міністерства соціальної

політики України  
 14 вересня 2018 року № 1354

ЗАЯВКА\*  
на забезпечення технічними засобами реабілітації №\_\_\_\_\_\_

(допоміжними засобами для особистої гігієни, допоміжними засобами для особистої рухомості,   
переміщення та підйому, засобами для пересування, меблями, оснащенням,   
спеціальними засобами для орієнтування, спілкування та обміну інформацією)

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ до картки особи № \_\_\_\_\_\_\_\_

1. Прізвище, ім’я, по батькові \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Дата народження \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Працюючий(а) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(так/ні)

4. Місце проживання (зареєстроване) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Місце проживання / перебування (фактичне) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Контактний телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Електронна адреса \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Пільгова категорія \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Причина інвалідності \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, група інвалідності \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Вага користувача, кг \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зріст користувача, см \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. Найменування технічного засобу реабілітації \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(призначеного відповідно до функціональних можливостей особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю,   
постраждалого внаслідок антитерористичної операції)

Працівник органу соціального захисту населення,   
відповідальний за оформлення заявки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(прізвище та ініціали) (підпис)

Особа з інвалідністю / постраждалий внаслідок антитерористичної операції/   
законний представник / уповноважена особа (із призначенням згоден(на)

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

(прізвище та ініціали) (підпис)

\* Оброблення персональних даних проводиться відповідно до Закону України «Про захист персональних даних».