ЗАТВЕРДЖЕНО

наказ начальника управління праці та

соціального захисту населення

Каховської міської ради

27.12.2019 № 138

**ІНФОРМАЦІЙНА КАРТКА**

**адміністративної послуги № 22**

„ВИДАЧА ПУТІВКИ НА ВЛАШТУВАННЯ ДО БУДИНКУ-ІНТЕРНАТУ ДЛЯ ГРОМАДЯН ПОХИЛОГО ВІКУ ТА ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ, ГЕРІАТРИЧНОГО ПАНСІОНАТУ, ПАНСІОНАТУ ДЛЯ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ І ПРАЦІ, ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНОГО ІНТЕРНАТУ, ДИТЯЧОГО БУДИНКУ-ІНТЕРНАТУ АБО МОЛОДІЖНОГО ВІДДІЛЕННЯ ДИТЯЧОГО БУДИНКУ-ІНТЕРНАТУ”

**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 | [Закони України "Про соціальні послуги" від 17.01.2019 N 2671-VIII](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T192671.html); ["Про основні засади соціального захисту ветеранів праці та інших громадян похилого віку в Україні" від 16.12.93 N 3721-XII](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T372100.html);["Про психіатричну допомогу" від 22.02.2000 N 1489-III](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T001489.html) |
| 5 | Акти Кабінету Міністрів України |

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| [Постанова Кабінету Міністрів України від 14.12.2016 N 957 "Про затвердження Типового положення про психоневрологічний інтернат"](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/KP160957.html); [постанова Кабінету Міністрів України від 14.12.2016 N 978 "Деякі питання соціального захисту дітей з інвалідністю та осіб з інвалідністю"](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/KP160978.html) |

 |

 |
| 6 | Акти центральних органів виконавчої влади | [Наказ Міністерства праці та соціальної політики України від 29.12.2001 N 549 "Про затвердження типових положень про будинки-інтернати (пансіонати) для громадян похилого віку, інвалідів та дітей"](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/REG6354.html), [наказ Міністерства соціальної політики України від 09.11.2011 N 432 "Про затвердження Типового положення про спеціальний будинок-інтернат"](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/RE20127.html), |
| **Умови отримання адміністративної послуги** |
| 7 | Підстава для отримання | Влаштування до:будинку-інтернату для громадян похилого віку та осіб з інвалідністю, геріатричного пансіонату, пансіонату для ветеранів праці - похилий вік та інвалідність громадян, які потребують стороннього догляду і допомоги та не мають працездатних родичів, зобов'язаних їх утримувати;психоневрологічного інтернату - похилий вік та інвалідність осіб з віком старше 18 років із стійкими інтелектуальними та/або психічними порушеннями, які за станом здоров'я потребують стороннього догляду, побутового обслуговування, надання медичної допомоги, комплексу реабілітаційних послуг;дитячого будинку-інтернату або молодіжного відділення дитячого будинку-інтернату - інвалідність дітей віком від 4 до 18 років та особи з інвалідністю віком до 35 років із порушеннями фізичного, інтелектуального розвитку та психічними розладами, які за станом здоров'я потребують стороннього догляду  |
| 8 | Перелік необхідних документів | До влаштування до будинку-інтернату для громадян похилого віку та осіб з інвалідністюв геріатричний будинок-інтернат, пансіонат для ветеранів війни та праці:1. Письмова заява (№ 1) особи, яка виявила бажання влаштуватися до інтернатного закладу.2. Копія з паспорту (українського зразку).3. Копія документа, що засвідчує реєстрацію у Державному реєстрі фізичних осіб – платників податків, у якому зазначається реєстраційний номер облікової картки платника податків, або копії паспорта (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційний номер облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідному контролюючому органові і мають відмітку в паспорті)4. Акт обстеження матеріально-побутових умов проживання.5. Довідка про розмір призначеної пенсії.6. Довідка про склад сім'ї за формою № 3.7. Довідка про цінні папери (майновий приватизаційний сертифікати) тощо.8. Дві фотографії розміром 6\*9 см.9. Довідка лікувальної установи про відсутність інфекційних захворювань на протязі 21 дня.10. Довідка про щеплення.11. Довідка медико-соціальної експертної комісії про групу інвалідності (за наявності) та індивідуальна програма реабілітації інваліда (ІПР).12. Довідка ЛКК із зазначенням потреби за станом здоров’я в постійному сторонньому догляді та визначенням профілю інтернатного закладу за участю лікаря-психіатра.13. Медична карта з обов'язковим рентгенівським знімком органів грудної клітки, аналізами на РМП (RW), австралійський антиген (НВS Аg), загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, вміст глюкози в крові, аналіз калу на дизентерійну групу.14.Зняття з місця реєстрації здійснюється згідно з пунктом 4 постанови Кабінету Міністрів України від 02 березня 2016 року №207.15. При влаштуванні надати оновлену довідку про санепідоточення (дійсна 3 дні).Для влаштування дитини з інвалідністю до будинку-інтернату: 1) заяви (№ 2) батьків, опікунів/піклувальників, інших законних представників, керівника установи, в якій перебувала дитина з інвалідністю, про прийняття дитини з інвалідністю до будинку-інтернату;2) свідоцтва про народження або паспорта (за наявності);3) реєстраційного номера облікової картки платника податків (за наявності), крім фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку в паспорті;4) відомостей про батьків, інших законних представників, родичів дитини з інвалідністю і членів її сім'ї (для підтримання зв'язку та родинних стосунків) із зазначенням прізвища, імені, по батькові та контактної інформації;5) медичної довідки про санітарно-епідеміологічне оточення (контакт з інфекційними хворими), що дійсна протягом трьох днів;6) виписки з медичної документації за [формою N 112/о "Історія розвитку дитини"](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/RE25753.html), затвердженою МОЗ, з висновком лікарсько-консультативної комісії за участю дитячого лікаря-психіатра про можливість перебування дитини з інвалідністю в будинку-інтернаті;7) висновку психолого-медико-педагогічної консультації;8) індивідуальної програми реабілітації дитини з інвалідністю за формою, затвердженою МОЗ;9) психолого-педагогічної характеристики (у разі переведення з будинку дитини, навчального закладу тощо);10) пенсійного посвідчення або посвідчення отримувача державної соціальної допомоги (за наявності);11) довідки про розмір призначеної пенсії та/або державної соціальної допомоги, виданої уповноваженим органом на запит структурного підрозділу з питань соціального захисту населення районної, районної у мм. Києві та Севастополі держадміністрації, виконавчого органу міської, районної у місті у разі її утворення (крім мм. Києва та Севастополя) ради, аліментів (за умови призначення);12) документа про освіту дитини з інвалідністю, інформації з навчальних закладів (за наявності);13) трьох фотокарток розміром 3 х 4 сантиметри;14) копії ощадної книжки дитини з інвалідністю або договору про відкриття рахунка в установі банку для перерахування пенсії, державної соціальної допомоги та інших видів виплат відповідно до законодавства (за наявності);15) копій паспортів батьків дитини з інвалідністю (для дітей, в яких є батьки);16) довідки про взяття на облік внутрішньо переміщених осіб (за наявності).Діти-сироти і діти, позбавлені батьківського піклування, крім зазначених документів, додатково подають:копії рішення органу опіки та піклування за місцем проживання (перебування) дитини-сироти або дитини, позбавленої батьківського піклування, про її влаштування до будинку-інтернату та/або рішення про встановлення опіки чи піклування над нею;копії рішення органу опіки та піклування про надання статусу дитини-сироти або дитини, позбавленої батьківського піклування;копії документа, що підтверджує право власності дитини-сироти або дитини, позбавленої батьківського піклування, на нерухомість (за наявності);опису майна дитини-сироти або дитини, позбавленої батьківського піклування, за формою згідно з додатком 7 до Порядку провадження органами опіки та піклування діяльності, пов'язаної із захистом прав дитини, затвердженого [постановою Кабінету Міністрів України від 24 вересня 2008 р. N 866 "Питання діяльності органів опіки та піклування, пов'язаної із захистом прав дитини"](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/KP080866.html);копії рішення органу опіки та піклування про встановлення опіки над майном дитини-сироти або дитини, позбавленої батьківського піклування (за наявності);документа, що підтверджує взяття дитини-сироти або дитини, позбавленої батьківського піклування, на квартирний облік громадян, які потребують поліпшення житлових умов, після досягнення нею 16-річного віку (у разі відсутності житла);копії обліково-статистичної картки дитини-сироти або дитини, позбавленої батьківського піклування.Для влаштування в психоневрологічний будинок-інтернат:1. Заява особи (№ 3), яка виявила бажання проживати в б-і, або її піклувальника (опікуна) про прийом до інтернатної установи2. Витяг з паспорту (українського зразку).3. Акт обстеження матеріально-побутових умов проживання.4. Ідентифікаційний код.5. Довідка про розмір призначеної пенсії.6. Довідка про склад сім'ї за формою № 3.7. Довідка про цінні папери (приватизаційний, майновий сертифікат тощо).8. Копії судового рішення про недієздатність або часткову недієздатність особи, що влаштовується до інтернатної установи (для недієздатних чи частково недієздатних осіб).9. Медична карта з обов'язковим рентгенівським знімком органів грудної клітки, аналізами на РМП (RW), австралійський антиген (НВS Аg), загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, вміст глюкози в крові, аналізом калу на дизентерійну групу, посів із зіва та носа на ВL (дифтерію). 10. Довідка медико-соціальної експертної комісії про групу інвалідності особи, що приймається в будинок-інтернат (за наявності) та індивідуальна програма реабілітації інваліда (ІПР).11. Довідка про щеплення.12. Довідка лікувальної установи про відсутність інфекційних захворювань на протязі 21 дня.13. Довідка обласної спеціалізованої психіатричної МСЕК про профіль установи.14. Дві фотографії 6\*9.15.Зняття з місця реєстрації здійснюється згідно з пунктом 4 постанови Кабінету Міністрів України від 02 березня 2016 року №207.16. При влаштуванні надати оновлену довідку про санепідоточення (дійсна 3 дні). |
| 10 | Спосіб подання документів | Заява та документи подаються заявником особисто або уповноваженою ним особою у паперовій формі |
| 11 | Платність (безоплатність) надання | Адміністративна послуга надається безоплатно |
| 12 | Строк надання | Пакет документів направляється до Департаменту у триденний строк. Влаштування до всіх типів інтрнатних закладів здійснюється згідно з путівкою Департаменту соціального захисту населення Херсонської ОДА, виданою особі, за наявності вільних місць |
| 13 | Перелік підстав для відмови у наданні | Влаштування до:будинку-інтернату для громадян похилого віку та інвалідів, геріатричного пансіонату, пансіонату для ветеранів праці:відсутність місця в установі (черга);гострі інфекційні захворювання;встановлення III групи інвалідності;покращення стану здоров'я;відмова від послуг;зміна місця проживання;смерть.Психоневрологічного інтернату:відсутність місця в інтернаті (черга);протипоказання: гостра стадія психічних захворювань і хронічні психічні захворювання в стані загострення; туберкульоз в активній стадії та гострі інфекційні захворювання; заразні та невиліковні захворювання шкіри та волосся;зміна місця проживання;подання не повного переліку документів;відмова від отримання послуги;смерть.Дитячого будинку-інтернату або молодіжного відділення дитячого будинку-інтернату:відсутність місця в установі (черга);наявність медичних протипоказань до влаштування у будинок-інтернат;надання неповного пакету документів;відмова від отримання послуг;смерть одержувача послуги.Спеціального будинку-інтернату:до установ приймаються особи, які пройшли медичний огляд на туберкульоз, мають [Форму 027/о](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/RE20995.html) та можуть перебувати у колективі |
| 14 | Результат надання адміністративної послуги | Влаштування / відмова у влаштуванні до інтрнатних закладів |
| 15 | Способи отримання відповіді (результату) | Отримання путівки за повідомленням управління праці та соціального захисту населення  |

 №1

(Оформляється відділом соціального забезпечення)

У \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ відділ соціального забезпечення

Від гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт серії \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Місце прописки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Дата народження (число, місяць, рік) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Освіта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Спеціальність \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Розмір та вид пенсії \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Група інвалідності \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Строк переосвідоцтва \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Останнє місце роботи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Житлові умови \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(будинок, квартира, кімната, гуртожиток та ін.)

Чи є прямі родичі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(прізвище, ім’я, по батькові, їх адреса, вік, заробіток, сімейний стан)

#  З А Я В А

Прошу прийняти на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(постійне місце проживання)

в будинок-інтернат, так як потребую \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (за станом здоров’я, з сімейних обставин та ін.)

стороннього догляду і побутового обслуговування

З умовами прийому, утримання і виписки з будинку-інтернату ознайомлена(ий)

Відповідно до Закону України « Про захист персональних даних» від 1 червня 2010 року, №2297-УІ надаю згоду (дозвіл)на обробку моїх особистих персональних даних у картотеках та/або за допомогою інформаційно-телекомунікаційної системи бази персональних даних інвалідів м.Каховки.

Дата заповнення \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ підпис \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Відомості за паспортом та пенсійною справою перевірив, заяву зареєстрував “\_\_\_\_”

20\_\_\_\_р. під № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Інспектор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Висновок начальника управління\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

М.П. Підпис

 № 2

 ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ Міністерства соціальної політики України 17 серпня 2017 року № 1325

Начальнику управління праці та соціального захисту населення Каховської міської ради

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

(прізвище, ім’я, по батькові законного представника)

Дата народження \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Місце фактичного проживання/перебування \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Номер телефону \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ, що посвідчує особу: серія \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

ким та коли виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія та номер паспорта\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Реєстрація місця проживання: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* 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 у паспорті

 **ЗАЯВА**

Прошу влаштувати на обслуговування до дитячого будинку-інтернату для отримання соціальної послуги \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (назва соціальної послуги)

мого(ю) сина (доньку)/підопічного(у) (необхідне підкреслити) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(прізвище, ім’я, по батькові сина (доньки)/підопічного(ї))

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ року народження, що має інвалідність \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(число, місяць, рік) (група, термін)

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, який (яка) за станом здоров’я потребує постійного стороннього догляду.

Догляд та допомогу не можу забезпечити у зв’язку з \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

З умовами влаштування, проживання та відрахування з дитячого будинку-інтернату ознайомлений(а).

Зобов’язуюсь повідомляти про зміни обставин, які можуть вплинути на надання соціальних послуг.

Повідомлення про права суб’єкта персональних даних отримав(ла), даю згоду на обробку персональних даних у зв’язку з формуванням, веденням і зберіганням документів, необхідних для влаштування в психоневрологічний інтернат.

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

 (дата) (підпис законного представника)

Клопотання керівника структурного підрозділу з питань соціального захисту населення районної, районної у містах Києві та Севастополі держадміністрації, виконавчого органу міської, районної у місті (крім міст Києва та Севастополя) ради (у разі її утворення)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

 (посада) М.П. (за наявності) (підпис) (ім’я та прізвище)

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_ року

 № 3

 ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ Міністерства соціальної політики України 17 серпня 2017 року № 1325

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

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

(прізвище, ім’я, по батькові законного представника)

Дата народження \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Місце фактичного проживання/перебування \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Номер телефону \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ, що посвідчує особу: серія \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

ким та коли виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія та номер паспорта\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Реєстрація місця проживання: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* 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 у паспорті

**ЗАЯВА**

Прошу прийняти до психоневрологічного інтернату для отримання соціальних(ої) послуг(и) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (назва соціальних(ої) послуг(и))

мого(ю) підопічного(у) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (прізвище, ім’я, по батькові підопічного(ї))

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ року народження, що має інвалідність \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(число, місяць, рік) (група, термін)

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, який (яка) за станом здоров’я потребує постійного стороннього догляду, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

 (серія, номер документа підопічного(ї), що посвідчує особу, ким та коли виданий)

Догляд та допомогу не можу забезпечити у зв’язку з \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

З умовами влаштування, проживання та відрахування з психоневрологічного інтернату ознайомлений(а).

Зобов’язуюсь повідомляти про зміни обставин, які можуть вплинути на надання соціальних послуг.

Повідомлення про права суб’єкта персональних даних отримав(ла), даю згоду на обробку персональних даних у зв’язку з формуванням, веденням і зберіганням документів, необхідних для влаштування в психоневрологічний інтернат.

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

 (дата) (підпис законного представника)

Рішення органу опіки та піклування про влаштування до психоневрологічного інтернату \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (прізвище, ім’я, по батькові підопічного(ї))

додається.

Клопотання керівника начальника управління: просимо розглянути питання про влаштування до будинку - інтернату психоневрологічного профілю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (П.І.Б.)

 відповідно до довідки психіатричної МСЕК №\_\_\_\_\_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ року.

Начальник управління \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (посада) М.П. (підпис) (ім’я та прізвище)

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_ року