ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства соціальної політики України
09 січня 2023 року N 3

|  |  |
| --- | --- |
|   | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                          (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, абодокумент, що посвідчує особу без громадянства, або посвідка на постійне/тимчасове проживання, або посвідчення біженця, або інший документ, щопідтверджує законність перебування іноземця чи особи без громадянствана території України) *(зазначити потрібне)*серії (за наявності) \_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 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 https://ips.ligazakon.net/l_flib1.nsf/LookupFiles/re39201_img_001.gif/$file/re39201_img_001.gif повторне https://ips.ligazakon.net/l_flib1.nsf/LookupFiles/re39201_img_001.gif/$file/re39201_img_001.gif** |

|  |
| --- |
|   |

**Номер основної особової справи** |

|  |
| --- |
| **N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(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.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\* Заповнюється заявником / уповноваженим представником |
| **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 одиноким 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 одинокими 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 одиноким 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 одиноким 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. Компенсаційна виплата особі, яка здійснює догляд за особою з інвалідністю I групи або особою, яка досягла 80-річного віку** |   |
| **10. Грошова компенсація замість санаторно-курортної путівки** |   |
| **11. Компенсація вартості самостійного санаторно-курортного лікування** |   |
| **12. Одноразова винагорода жінці, якій присвоєно почесне звання України "Мати-героїня"** |   |
| **13. Одноразова матеріальна допомога особі, яка постраждала від торгівлі людьми** |   |
| **14. Допомога на поховання** |   |
| **15. Тимчасова державна соціальна допомога непрацюючій особі, яка досягла загального пенсійного віку, але не набула права на пенсійну виплату** |   |
| **16. 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: https://ips.ligazakon.net/l_flib1.nsf/LookupFiles/re39201_img_003.gif/$file/re39201_img_003.gif через організацію, яка здійснює виплату і доставку пенсій та грошової допомоги за місцем фактичного проживання\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /                                                                                      (найменування організації) https://ips.ligazakon.net/l_flib1.nsf/LookupFiles/re39201_img_003.gif/$file/re39201_img_003.gif на рахунок у банку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                                                                                           (назва банку)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /                                                                            (номер рахунка (за стандартом IBAN) https://ips.ligazakon.net/l_flib1.nsf/LookupFiles/re39201_img_003.gif/$file/re39201_img_003.gif 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) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Заповнюється працівником управління соціального захисту населення / виконавчого органу сільської, селищної, міської ради, військової адміністрації / центру надання адміністративних послуг***Відомості з паспорта та поданих документів звірено.Заяву та документи на \_\_\_\_ аркушах прийнято \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. та зареєстрованоза N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Для розгляду заяви необхідно додати до \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. такі документи:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(посада працівника) | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(прізвище та підпис) | **Ознайомився(лась) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**                          (підпис заявника / уповноваженого представника) |

 |

 

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Заповнюється працівником управління соціального захисту населення / виконавчого органу сільської, селищної, міської ради, військової адміністрації / центру надання адміністративних послуг***Відомості з паспорта та поданих документів звірено.Заяву та документи на \_\_\_\_ аркушах прийнято \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. та зареєстрованоза N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Для розгляду заяви необхідно додати до \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. такі документи:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(посада працівника) | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(прізвище та підпис) | **Ознайомився(лась) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**                          (підпис заявника / уповноваженого представника) |

 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Генеральний директор Директоратуадресної соціальної підтримки населеннята розвитку соціального інспектування** | **Надія РЯЗАНОВА** |