ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ Міністерства соціальної політики України  
16 листопада 2020 року № 769

|  |  |
| --- | --- |
|  | Департаменту соціальної політики Чернігівської міської ради  від\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) заявника /законного представника / уповноваженого представника сім'ї)  Дата народження \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Місце проживання/перебування \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Номер телефону \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Документ, що посвідчує особу:  Серія та номер паспорта громадянина України (ID-картка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ким та коли виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Унікальний номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Номер посвідки на постійне проживання, посвідки на тимчасове проживання, посвідчення біженця, посвідчення про взяття на облік бездомної особи (необхідне підкреслити)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ким та коли видана(не) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата закінчення (продовження) строку дії посвідки/посвідчення \_\_\_\_\_\_\_  Реєстраційний номер [облікової картки платника податків](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/RE31174.html) або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України (ID-картка)\*\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Зареєстроване місце проживання \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Заява  
про надання соціальних послуг**

|  |
| --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_**                                                                      (дата реєстрації заяви)  Прошу надати мені / моєму(їй) синові (доньці) / моїй сім'ї / підопічному(ій) (необхідне підкреслити) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,    (прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) сина (доньки) чи підопічного(ї)) дата народження "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ рік,  http://search.ligazakon.ua/l_flib1.nsf/LookupFiles/re35643_img_001.gif/$file/re35643_img_001.gif наявність інвалідності \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,                                                       (група інвалідності, строк встановлення групи інвалідності) який (яка) проживає/перебуває за адресою: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ зареєстрованого(ї) за адресою: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, безоплатно http://search.ligazakon.ua/l_flib1.nsf/LookupFiles/re35643_img_001.gif/$file/re35643_img_001.gif платно http://search.ligazakon.ua/l_flib1.nsf/LookupFiles/re35643_img_001.gif/$file/re35643_img_001.gif з установленням диференційованої плати http://search.ligazakon.ua/l_flib1.nsf/LookupFiles/re35643_img_001.gif/$file/re35643_img_001.gif. соціальну(і) послугу(и): |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | інформування |  |
| 2 | догляд вдома |  |
| 3 | догляд стаціонарний |  |
| 4 | денний догляд |  |
| 5 | денний догляд дітей з інвалідністю |  |
| 6 | підтримане проживання осіб похилого віку та осіб з інвалідністю |  |
| 7 | підтримане проживання бездомних осіб |  |
| 8 | транзитне підтримане проживання / учбова соціальна квартира (будинок) |  |
| 9 | паліативний догляд |  |
| 10 | персональний асистент |  |
| 11 | соціальний супровід сімей/осіб, які перебувають у складних життєвих обставинах |  |
| 12 | соціальний супровід сімей, у яких виховуються діти-сироти і діти, позбавлені батьківського піклування |  |
| 13 | соціальний супровід при працевлаштуванні та на робочому місці |  |
| 14 | соціальна адаптація |  |
| 15 | соціально-трудова адаптація |  |
| 16 | соціальна інтеграція та реінтеграція |  |
| 17 | соціальна реабілітація осіб з інтелектуальними та психічними порушеннями |  |
| 18 | соціально-психологічна реабілітація |  |
| 19 | соціально-психологічна реабілітація осіб із залежністю від наркотичних засобів чи психотропних речовин |  |
| 20 | соціально-психологічна реабілітація осіб із ігровою залежністю |  |
| 21 | консультування |  |
| 22 | представництво інтересів |  |
| 23 | посередництво |  |
| 24 | надання притулку |  |
| 25 | короткотермінове проживання |  |
| 26 | соціальна профілактика |  |
| 27 | фізичний супровід осіб з інвалідністю, які мають порушення опорно-рухового апарату та пересуваються на кріслах колісних, з інтелектуальними, сенсорними, фізичними, моторними, психічними та поведінковими порушеннями |  |
| 28 | переклад жестовою мовою |  |
| 29 | натуральна допомога |  |
| 30 | догляд та виховання дітей в умовах, наближених до сімейних |  |
| 31 | супровід під час інклюзивного навчання |  |
| 32 | тимчасовий відпочинок для осіб, що здійснюють догляд за особами з інвалідністю, особами, які мають невиліковні хвороби, хвороби, що потребують тривалого лікування |  |
| 33 | тимчасовий відпочинок для батьків або осіб, які їх замінюють, що здійснюють догляд за дітьми з інвалідністю |  |
| 34 | транспортні послуги |  |
| **Надавач соціальної послуги:** Чернігівський міський територіальний центр соціального обслуговування (надання соціальних послуг) Чернігівської міської ради  **Відомості, які використовуються для обчислення середньомісячного сукупного доходу отримувача соціальної послуги за рахунок бюджетних коштів або з установленням диференційованої плати з \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ р. до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ р.\*** | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) | Назва та реквізити документу, що посвідчує особу | Реєстраційний номер [облікової картки платника податків](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/RE31174.html) або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України (ID-картка)\*\* |
|  |  |  |
|  |  |  |
| До заяви відповідно до законодавства додано \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ документів на \_\_\_\_\_ аркушах.  Соціальних послуг від фізичної особи, якій призначено щомісячну компенсаційну виплату, допомогу на догляд в установленому законодавством порядку, не отримую. Соціальні послуги не надаю. Договір довічного утримання (догляду) не укладала(в) (зазначається у разі отримання соціальних послуг догляду (вдома, стаціонарного, паліативного).  З умовами та порядком надання соціальних послуг, припинення їх надання, тарифами (у разі надання платних соціальних послуг або з установленням диференційованої плати) ознайомлена(ий).  Вид доходів:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Зобов'язуюсь повідомляти про зміни обставин, які можуть вплинути на надання мені / моєму(їй) синові (доньці) / моїй сім'ї / підопічному(ій) соціальних послуг.  **У разі необхідності прийняття рішення щодо звільнення мене / мого(єї) сина (доньки) / моєї сім'ї / підопічного(ої) від плати за соціальні послуги прошу розглянути мою заяву відповідними місцевими органами виконавчої влади / місцевого самоврядування відповідно до**[**частини 7 статті 28 Закону України "Про соціальні послуги"**](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T192671.html)**(надання соціальних послуг за бюджетні кошти) (відповідне підкреслити).**  Я усвідомлюю, що наведені мною відомості, що вплинули або могли вплинути на прийняте рішення щодо надання соціальної послуги, будуть перевірені згідно з чинним законодавством України.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \* Відомості для обчислення середньомісячного сукупного доходу отримувача соціальної послуги не заповнюються щодо отримувачів соціальних послуг, які мають право на отримання соціальної послуги за рахунок бюджетних коштів незалежно від доходу зокрема:  осіб, які постраждали від торгівлі людьми і отримують соціальну допомогу відповідно до законодавства у сфері протидії торгівлі людьми; осіб, які постраждали від домашнього насильства або насильства за ознакою статі; дітей з інвалідністю; осіб з інвалідністю I групи; дітей-сиріт, дітей, позбавлених батьківського піклування; осіб з їх числа віком до 23 років; сімей опікунів, піклувальників; прийомних сімей; дитячих будинків сімейного типу; сімей патронатних вихователів; дітей, яким не встановлено інвалідність, але які є хворими на тяжкі перинатальні ураження нервової системи, тяжкі вроджені вади розвитку, рідкісні орфанні захворювання, онкологічні, онкогематологічні захворювання, дитячий церебральний параліч, тяжкі психічні розлади, цукровий діабет I типу (інсулінозалежні), гострі або хронічні захворювання нирок IV ступеня; дітей, які отримали тяжку травму, потребують трансплантації органа, потребують паліативної допомоги;  інших категорій осіб, якщо вони потребують соціальних послуг з інформування, консультування, надання притулку, представництва інтересів, перекладу жестовою мовою, а також соціальних послуг, що надаються екстрено (кризово) (необхідне підкреслити) та/або за плату.  \*\* Для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера [облікової картки платника податків](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/RE31174.html) та офіційно повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку в паспорті громадянина України. | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (дата заповнення) |  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (підпис) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Заповнюється відповідальною особою структурного підрозділу з питань соціального захисту населення районної, районної у містах Києві/Севастополі державної адміністрації, виконавчого органу сільської, селищної міської районної в місті ради, центру надання соціальних послуг***  Відомості з паспорта громадянина України та поданих документів звірені.  Заяву та документи на \_\_\_\_ аркушах прийнято "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. та зареєстровано за № \_\_\_  **Для розгляду заяви необхідно додати до** "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. **такі документи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Відповідальна особа** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (прізвище та підпис відповідальної особи) | **Ознайомився** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) заявника / законного представника / уповноваженого представника сім'ї) | |