

Заповнюється: заявником/уповноваженим представником

До органу праці та соціального захисту населення **УПРАВЛІННЯ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ НАСЕЛЕННЯ ЗАПОРІЗЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ ПО _____ РАЙОНУ**

від ІВАНОВА ЛЮДМИЛА ПЕТРІВНА _____,

зареєстрований за адресою: 69123 ВУЛ.ХОРТИЦЬКЕ ШОСЕ, 18-54 _____,

проживаю за адресою: 69123 ВУЛ.ХОРТИЦЬКЕ ШОСЕ, 18-54 _____,

контактний телефон 000 000 00 00 _____, паспорт: серія СА _____ № 000000 _____,

виданий ХОРТИЦЬКИМ РВ УМВС В ЗАПОРІЗЬКІЙ ОБЛАСТІ _____

“00” ТРАВНЯ _____ 0000 р., реєстраційний номер облікової картки платника податків

або серія та номер паспорта з відміткою про відмову від прийняття такого номера 0000000000 _____,

дата народження „00” БЕРЕЗНЯ _____ 1900 р.

звернення: первинне повторне номер основної особової справи

№ _____

(дата реєстрації заяви)

ЗАЯВА

про призначення усіх видів соціальної допомоги, компенсацій та пільг

Прошу призначити (перерахувати)

(потрібне підкреслити)

| | |
|--|-------------------------------------|
| 1. Державну допомогу сім'ям з дітьми, а саме: | |
| допомогу у зв'язку з вагітністю та пологами | |
| допомогу при народженні дитини | |
| допомогу при усиновленні дитини | |
| допомогу на дітей, над якими встановлено опіку чи піклування | |
| допомогу на дітей самотніми матерями | |
| допомогу особі, яка доглядає за хворою дитиною | |
| 2. Державну соціальну допомогу малозабезпеченим сім'ям | |
| 3. Державну соціальну допомогу особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю, а саме: | |
| допомогу особам з інвалідністю з дитинства I групи | |
| допомогу особам з інвалідністю з дитинства II групи | |
| допомогу особам з інвалідністю з дитинства III групи | |
| допомогу на дітей з інвалідністю віком до 18 років | |
| надбавку на догляд за особою з інвалідністю з дитинства підгрупи А I групи | |
| надбавку на догляд за особою з інвалідністю з дитинства підгрупи Б I групи | |
| самотніми особам з інвалідністю з дитинства II і III груп, які за висновком ЛКК закладу охорони здоров'я потребують постійного стороннього догляду | |
| надбавку на догляд за дитиною з інвалідністю віком до 6 років | |
| надбавку на догляд за дитиною з інвалідністю віком від 6 до 18 років | |
| 4. Державну соціальну допомогу особам, які не мають права на пенсію, та особам з інвалідністю, а саме: | |
| допомогу особам з інвалідністю I групи | |
| допомогу жінкам, яким присвоєно звання України „Мати-героїня” | |
| допомогу особам з інвалідністю II групи | |
| допомогу особам з інвалідністю III групи | |
| допомогу священнослужителям, церковнослужителям | |
| допомогу особам, які досягли віку, що дає право на призначення допомоги | |
| допомогу дитині померлого годувальника | |
| допомогу на догляд самотніми малозабезпеченими особами, які за висновком ЛКК закладу охорони здоров'я потребують постійного стороннього догляду (крім осіб з інвалідністю I групи) | |
| допомогу на догляд малозабезпеченими особами з інвалідністю підгрупи А I групи | |
| допомогу на догляд малозабезпеченими особами з інвалідністю підгрупи Б I групи | |
| 5. Компенсаційні виплати та допомоги громадянам, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи | |
| одноразову компенсацію учасникам ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС, які стали особами з інвалідністю внаслідок Чорнобильської катастрофи | <input checked="" type="checkbox"/> |
| одноразову компенсацію дітям, які стали особами з інвалідністю внаслідок Чорнобильської катастрофи | |

| | |
|--|--|
| одноразову компенсацію сім'ям, які втратили годувальника із числа осіб, віднесених до учасників ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС та смерть яких пов'язана з Чорнобильською катастрофою | |
| щорічну допомогу на оздоровлення | |
| компенсацію вартості самостійного санаторно-курортного лікування | |
| компенсацію проїзду один раз на рік до будь-якого пункту України і назад автомобільним, або повітряним, або залізничним, або водним транспортом особам, віднесеним до категорій 1 та 2 | |
| компенсацію 50 (25) процентів вартості продуктів харчування за медичними (фізіологічними) нормами, встановленими Міністерством охорони здоров'я України, громадянам, які віднесені до категорій 1 та 2 | |
| грошову компенсацію на дітей, які не харчуються в навчальних закладах, розташованих на території радіоактивного забруднення, та дітей, які є особами з інвалідністю внаслідок Чорнобильської катастрофи і не харчуються в навчальних закладах, а також за всі дні, коли вони не відвідували ці заклади | |
| 6. Тимчасову державну допомогу дітям | |
| 7. Соціальну допомогу на дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, грошове забезпечення батькам-вихователям і прийомним батькам | |
| 8. Допомогу на догляд (щомісячну грошову допомогу особі, яка проживає разом з особою з інвалідністю I чи II групи внаслідок психічного розладу, який за висновком лікарської комісії медичного закладу потребує постійного стороннього догляду, на догляд за ним) | |
| 9. Компенсацію як фізичній особі, яка надає соціальні послуги | |
| 10. Компенсаційну виплату особі, яка здійснює догляд за особою з інвалідністю I групи або особою, яка досягла 80 років | |
| 11. Грошову компенсацію замість санаторно-курортної путівки | |
| 12. Компенсацію вартості самостійного санаторно-курортного лікування | |
| 13. Пільгу на придбання твердого палива | |
| 14. Пільгу на придбання скрапленого газу | |
| 15. Одноразову винагороду жінці, якій присвоєно почесне звання України „Мати-героїня” | |
| 16. Одноразову матеріальну допомогу особі, яка постраждала від торгівлі людьми | |
| 17. Допомогу на поховання | |
| 18. Тимчасову державну соціальну допомогу непрацюючій особі, яка досягла загального пенсійного віку, але не набула права на пенсійну виплату | |
| 19. Допомогу на дітей, які виховуються у багатодітних сім'ях | |

До заяви відповідно до законодавства додано _____ документів на _____ аркушах.

Прошу в разі призначення допомоги кошти готівкою перераховувати

через національного оператора поштового зв'язку № _____;

на рахунок у банку № 0000000000 МФО _____ код _____

банк ПРИВАТ _____;

на особовий рахунок будинку-інтернату, установи (закладу), де особа з інвалідністю з дитинства або дитина з інвалідністю перебуває на повному державному утриманні

№ _____ МФО _____ код _____

банк _____

Підтверджую відсутність змін у складі сім'ї (при повторному зверненні).

Я усвідомлюю, що наведені мною відомості про доходи та майно, що вплинули або могли вплинути на прийняте рішення щодо надання соціальної допомоги, компенсацій та пільг, будуть перевірені згідно з чинним законодавством України.

Мене повідомлено, що в разі зміни обставин, які можуть вплинути на отримання мною соціальної допомоги, компенсації та пільг, я зобов'язуюсь повідомити органи праці та соціального захисту населення.

Про відмову в призначенні або припиненні виплати призначеної соціальної допомоги та/або повернення надміру нарахованих коштів у разі подання неповних чи недостовірних відомостей про доходи та майновий стан сім'ї мене попереджено.

Іванова

19.04.2017

Додаткова інформація, яка повідомляється одинокою матір'ю (підкреслити 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, яка повідомляється одержувачем державної соціальної допомоги особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю щодо призначення пенсії в разі втрати годувальника:

| | |
|---|------------------------|
| Управління Пенсійного фонду, у якому перебуває на обліку одержувач допомоги | Номер пенсійної справи |
| | |

Інформація, яка повідомляється одержувачами компенсаційних виплат та допомог по догляду щодо отримання пенсії (допомог) особою, за якою здійснюється догляд:

| | |
|---|------------------------|
| П. І. Б., адреса, орган, у якому перебуває на обліку одержувач пенсії (допомоги) (особа, за якою здійснюється догляд) | Номер пенсійної справи |
| | |

У випадку, якщо прийняття рішення щодо моєї заяви потребує окремого рішення місцевих органів виконавчої влади/місцевого самоврядування або утвореної ними комісії, прошу розглянути/не розглядати мою заяву відповідними місцевими органами виконавчої влади/місцевого самоврядування або утвореною ними комісією (потрібне підкреслити):

Іванова

(підпис заявника/уповноваженого представника сім'ї)

19.04.2017

(дата)

Заповнюється відповідальною особою управління праці та соціального захисту населення

Відомості з паспорта 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 _____ Ознайомився _____

(прізвище та підпис відповідальної особи)

(підпис заявника/уповноваженого представника/ власника, співвласника (наймача) житла)

✗

Заповнюється відповідальною особою управління праці та соціального захисту населення

Відомості з паспорта 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 _____ Ознайомився _____

(прізвище та підпис відповідальної особи)

(підпис заявника/уповноваженого представника/ власника, співвласника (наймача) житла)

Директор Департаменту державної соціальної допомоги

В. Музиченко

{Форма заяви із змінами, внесеними згідно з Наказами Міністерства соціальної політики № 322 від 03.03.2018, № 1773 від 26.11.2018, № 102 від 25.01.2019, № 605 від 19.04.2019}