ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ Міністерства соціальної політики України  
06 липня 2022 року № 195

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

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

(повне найменування територіального відділення  
 Фонду соціального захисту осіб з інвалідністю)

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

(прізвище, ім’я, по батькові (за наявності) заявника)

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

(прізвище, ім’я, по батькові (за наявності)  
 законного представника / уповноваженої особи)

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

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

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

задеклароване місце проживання (перебування):

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

**ЗАЯВКА\*  
 на проведення ремонту засобів реабілітації**

Прошу провести післягарантійний ремонт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(найменування виробу)

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

у зв’язку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Мене ознайомлено із тим, що:

cумарний розмір видатків на ремонт і технічне обслуговування засобів реабілітації за весь період експлуатації не може перевищувати 70 відсотків граничної ціни засобу, встановленої Мінсоцполітики. При цьому до видатків на ремонт крісел колісних з електроприводом або електроскутерів вартість заміни акумуляторів не включається;

вартість акумуляторів для крісел колісних з електроприводом або електроскутерів у разі придбання їх мною, що підтверджується розрахунковим документом, відшкодовується один раз на два роки (не більше ніж за дві одиниці);

ремонт засобу реабілітації, гарантійний строк експлуатації якого не закінчився, проводиться підприємством, яке забезпечило мене цим виробом;

технічне обслуговування або ремонт засобу реабілітації проводиться у строк не більше ніж місяць з дати надходження щомісячних бюджетних асигнувань у межах створених попередніх замовлень;

у разі отримання мною нового засобу реабілітації післягарантійний ремонт раніше виданого засобу за рахунок коштів державного бюджету не проводиться;

після закінчення гарантійного строку експлуатації крісла колісного підвищеної надійності та функціональності я зобов’язаний(а) надавати його підприємству для технічного обслуговування кожні два роки.

Я даю згоду на використання моїх (та/або особи, інтереси якої я представляю) персональних даних, які буде внесено до Централізованого банку даних з проблем інвалідності з метою забезпечення засобами реабілітації.

|  |
| --- |
| Заяву на ремонт прийнято \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ р. та зареєстровано за № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ознайомився(лась) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (підпис, Власне ім’я ПРІЗВИЩЕ особи, (підпис заявника / законного представника/  що прийняла документи) уповноваженої особи) |
| ------------------------------------------------ (лінія відрізу)-------------------------------------------------------- |
| Заяву на ремонт прийнято \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ р. та зареєстровано за № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .  Вартість виробу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ грн \_\_\_\_\_ коп.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ознайомився(лась) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (підпис, Власне ім’я ПРІЗВИЩЕ особи, (підпис заявника / законного представника/  що прийняла документи) уповноваженої особи) |

**Генеральний директор  
Директорату соціального захисту  
прав осіб з інвалідності Оксана ПОЛЯКОВА**

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