**ЗРАЗОК**

**Структурному підрозділу з питань соціального захисту населення \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(сільської, селищної, міської ради)

від \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(прізвище, ім’я, по батькові заявника / законного представника / уповноваженого представника сім’ї)

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

Місце 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заява**

**про надання соціальних послуг**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(дата реєстрації заяви)

Прошу надати мені / моєму(їй) синові (доньці) / моїй сім’ї / підопічному(ій) (необхідне підкреслити) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ року народження,

(прізвище, ім’я, по батькові сина (доньки) чи підопічного(ї) (число, місяць, рік)

наявність інвалідності \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(група, термін)

проживає / перебуває за адресою: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

зареєстрованого(ї) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Найменування соціальної послуги** | |
| соціальна реабілітація осіб з інтелектуальними та психічними порушеннями |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Надавач соціальної послуги** | |
| Комунальна установа «Обласний центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю внаслідок інтелектуальних порушень» |  |

**Відомості про склад сім’ї отримувача соціальної послуги**\*\*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Прізвище, ім’я, по батькові | Ступінь родинного зв’язку | Число, місяць, рік народження | Серія,  № паспорта, свідоцтва про народження (для осіб віком до 16 років) | Реєстраційний номер облікової карти платника податків або серія та номер паспорта\* | Примітки\*\*\* |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Дані про види та суми доходів членів сім’ї** з \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ р. до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ р.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Прізвище, ім’я, по батькові | Відомості про доходи | | |
| вид доходу | сума доходу, грн | Найменування організації, де отримано дохід |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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 / хоспісного))*.

З умовами та порядком надання соціальних послуг, припинення їх надання, тарифами та розмірами оплати (у разі надання платних соціальних послуг або із встановленням диференційованої плати) ознайомлена(ий).

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(ю) сина (доньку) / мою сім’ю / підопічного(у) 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” (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.

Відповідно до [Закону України „Про захист персональних данихˮ](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T102297.html) даю згоду на обробку персональних даних.

\* 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.

\*\* Відомості про склад сім’ї отримувача соціальної послуги не заповнюються для осіб які мають право на отримання соціальної послуги за рахунок бюджетних коштів незалежно від доходу отримувача соціальних послуг, зокрема:

особам, які постраждали від торгівлі людьми і отримують соціальну допомогу відповідно до законодавства у сфері протидії торгівлі людьми, особам, які постраждали від домашнього насильства або насильства за ознакою статі, дітям з інвалідністю, особам з інвалідністю I групи, дітям-сиротам, дітям, позбавленим батьківського піклування, особам з їх числа віком до 23 років, сім’ям опікунів, піклувальників, прийомним сім’ям, дитячим будинкам сімейного типу, сім’ям патронатних вихователів, дітям, 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, дітьми, які отримали тяжку травму, потребують трансплантації органа, потребують паліативної допомоги. ;

іншим категоріям осіб – соціальні послуги з інформування, консультування, надання притулку, представництва інтересів, перекладу жестовою мовою, а також соціальні послуги, що надаються екстрено (кризово) (необхідне підкреслити).

\*\*\* Інформація про місце реєстрації та місце фактичного проживання, перебування особи за кордоном сукупно понад 60 днів, про перебування особи в місцях позбавлення волі.

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

(дата заповнення) (підпис)

Клопотання керівника структурного підрозділу з питань соціального захисту населення виконавчого органу сільської, селищної, міської ради

(вказати дату та номер документа)

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

(Посада) (підпис) (Ініціал Прізвище)

М.П.

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_року

✂

***Заповнюється відповідальною особою структурного підрозділу з питань соціального захисту населення виконавчого органу сільської, селищної, міської ради***

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)