|  |  |
| --- | --- |
|  | ЗАТВЕРДЖЕНОНаказ Міністерства соціальної політики України21 квітня 2015 року № 441 |

# *Заповнюється: заявником/ уповноваженим представником*

# До органу праці та соціального захисту населення \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# від\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

# зареєстрований за адресою: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

# проживаю за адресою: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, контактний телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт: серія\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#  “\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ р., реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія та номер паспорта з відміткою про відмову від прийняття такого номера \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата народження „\_\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ 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 одиноким матерям |  |
| 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  |  |
| одиноким 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 І групи |  |
| допомогу жінкам, яким присвоєно звання України „Мати-героїня” |  |
| допомогу особам з інвалідністю ІІ групи |  |
| допомогу особам з інвалідністю ІІІ групи |  |
| допомогу священнослужителям, церковнослужителям |  |
| допомогу особам, які досягли віку, що дає право на призначення допомоги |  |
| допомогу дитині померлого годувальника |  |
| допомогу на догляд одиноким малозабезпеченим особам, які за висновком ЛКК закладу охорони здоров’я потребують постійного стороннього догляду (крім осіб з інвалідністю І групи) |  |
| допомогу на догляд малозабезпеченим особам з інвалідністю підгрупи А І групи  |  |
| допомогу на догляд малозабезпеченим особам з інвалідністю підгрупи Б І групи |  |
| допомогу на догляд одиноким особам, які досягли 80-річного віку та за висновком ЛКК закладу охорони здоров’я потребують постійного стороннього догляду (крім осіб з інвалідністю внаслідок війни) |  |
| **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 |  |
| 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 територіях 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) |  |
| *{Пункт 9 виключено на підставі Наказу Міністерства соціальної політики № 37 від 29.01.2021}* |  |
| **10. Компенсаційну виплату особі, яка здійснює догляд за особою з інвалідністю І 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 №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ МФО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**банк\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;**

 **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 припинення 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.***

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

 **(підпис) (дата)**

**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 пенсій (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):*

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

(підпис заявника/уповноваженого представника сім’ї) (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)

**{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, № 649 від 23.09.2020, № 37 від 29.01.2021}**