ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства соціальної політики України
16 листопада 2020 року N 769

|  |  |
| --- | --- |
|   | Структурному підрозділу з питань соціального захисту населення **\_Департамент соціальної політики Луцької міської ради\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** районної, районної у містах Києві/Севастополі державної адміністрації, виконавчий орган сільської, селищної, міської, районної в місті радивід **\_\_\_\_\_Луцика Степана Володимировича\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**                                    (прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) заявника /                             законного представника / уповноваженого представника сім'ї)Дата народження **\_\_\_\_05 квітня 1939 року\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Місце проживання/перебування **\_\_\_\_\_\_\_м. Луцьк\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_пр-т. Відродження, буд. 30, кв. 45\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Номер телефону **\_\_\_\_\_\_\_095-40-56-425 або 72-20-45\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Документ, що посвідчує особу:Серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України (ID-картка) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_АС 190569\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Ким та коли виданий **\_\_\_Луцьким МВ УМВС України у Волинській області 26 вересня 1998 року\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**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](https://ips.ligazakon.net/document/view/re31174?ed=2019_07_10&an=281) або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України (ID-картка)\*\***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1561896359\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Зареєстроване місце проживання **\_\_\_ м. Луцьк\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ пр-т. Відродження, буд. 30, кв. 45\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**Заява
про надання соціальних послуг**

|  |
| --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_**                                                                                    (дата реєстрації заяви)Прошу надати **мені** / моєму(їй) синові (доньці) / моїй сім'ї / підопічному(ій) (необхідне підкреслити) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Луцику Степану Володимировичу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,                                              (прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) сина (доньки) чи підопічного(ї))дата народження **"\_05\_" \_\_квітня\_\_\_ \_1939\_\_\_ рік,** https://ips.ligazakon.net/l_flib1.nsf/LookupFiles/re35643_img_001.gif/$file/re35643_img_001.gif наявність інвалідності \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,                                                                                      (група інвалідності, строк встановлення групи інвалідності)який (яка) проживає/перебуває за адресою: **\_\_\_ м. Луцьк, пр-т. Відродження, буд. 30, кв. 45\_\_\_\_\_\_\_**зареєстрованого(ї) за адресою: **\_\_\_\_\_\_\_ м. Луцьк, пр-т. Відродження, буд. 30, кв. 45\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**безоплатно https://ips.ligazakon.net/l_flib1.nsf/LookupFiles/re35643_img_001.gif/$file/re35643_img_001.gif платно https://ips.ligazakon.net/l_flib1.nsf/LookupFiles/re35643_img_001.gif/$file/re35643_img_001.gif з установленням диференційованої плати https://ips.ligazakon.net/l_flib1.nsf/LookupFiles/re35643_img_001.gif/$file/re35643_img_001.gif.соціальну(і) послугу(и): |
| 1 | інформування |   |
| 2 | догляд вдома | **V** |
| 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 | **V** |
| 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 | **V** |
| 22 | представництво інтересів | **V** |
| 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 | **V** |
| 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 | **V** |

|  |
| --- |
| **Надавач соціальної послуги: Територіальний центр соціального обслуговування (надання\_\_\_****соціальних послуг м. Луцька\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**                                                      (зазначити найменування надавача соціальної послуги за потреби)**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](https://ips.ligazakon.net/document/view/re31174?ed=2019_07_10&an=281) або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України (ID-картка)\*\* |
|  **Луцик Степана Володимировича** | **АС 190569** | **1561896359** |
| **Луцик Ніна Павлівна** | **АС 195698** | **1578963605** |

|  |
| --- |
| До заяви відповідно до законодавства додано **\_\_\_7\_\_\_\_** документів на **\_\_10\_\_\_** 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).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"**](https://ips.ligazakon.net/document/view/t192671?ed=2019_01_17&an=471)**(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](https://ips.ligazakon.net/document/view/re31174?ed=2019_07_10&an=281) та офіційно повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку в паспорті громадянина України. |
| **\_\_\_\_01.10.2022\_\_\_\_\_\_\_\_** (дата заповнення) |    | **\_\_\_\_\_\_\_підпис\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (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 N \_\_\_**Для розгляду заяви необхідно додати до** "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. **такі документи:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Відповідальнаособа** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(прізвище та підпис відповідальної особи) | **Ознайомився** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_підпис\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) заявника / законного представника / уповноваженого представника сім'ї) |

 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***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 N\_\_\_**Для розгляду заяви необхідно додати до** "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. **такі документи:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Відповідальнаособа** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(прізвище та підпис відповідальної особи) | **Ознайомився** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_підпис\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) заявника / законного представника / уповноваженого представника сім'ї) |

 |