ЗАТВЕРДЖЕНО
 Наказ Міністерства соціальної політики України
 16 листопада 2020 року № 769

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

 (найменування структурного підрозділу з питань соціального захисту населення)
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

Місце проживання / перебування \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Номер телефону \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ, що посвідчує особу:

Серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України
(ID-картка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ким та коли виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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 або серія (за

 наявності) та номер паспорта громадянина України (ID-картка)\*\*

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

 Зареєстроване місце проживання \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**ЗАЯВА
про надання соціальних послуг
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (дата реєстрації заяви)

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

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

 (прізвище, ім’я, по батькові (за наявності) сина (доньки) чи підопічного(ї))

дата народження «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ рік,

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

 (група інвалідності, строк встановлення групи інвалідності)

який (яка) проживає / перебуває за адресою: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

зареєстрованого(ї) за адресою: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

безоплатно  платно  з установленням диференційованої плати  .

 соціальну(і) послугу(и):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | інформування |   |
| 2 | догляд вдома |   |
| 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 |   |
| 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 засобівчи психотропних речовин |   |
| 20 | соціально-психологічна реабілітація осіб із ігровою залежністю |   |
| 21 | консультування |   |
| 22 | представництво інтересів |   |
| 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 |   |
| 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 |   |

**Надавач соціальної послуги:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (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 або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України (ID-картка)\*\* |
|   |   |   |
|   |   |   |
|  |   |   |
|   |   |   |

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).

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» (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 та офіційно повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку в паспорті громадянина України.*

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

 (дата заповнення) (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 № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Для розгляду заяви необхідно додати до «**\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **20**\_\_\_ **р. такі документи:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Відповідальна особа** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Ознайомився** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (прізвище та підпис (прізвище, ім’я, по батькові (за наявності) заявника / законного відповідальної особи) 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 № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Для розгляду заяви необхідно додати до «**\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **20**\_\_\_ **р. такі документи:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Відповідальна особа** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Ознайомився** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (прізвище та підпис (прізвище, ім’я, по батькові (за наявності) заявника / законного відповідальної особи) представника / уповноваженого представника сім’ї) |

 ЗАТВЕРДЖЕНО
 Наказ Мінсоцполітики України
 06 січня 2022 року № 4

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

                               (найменування структурного підрозділу з питань соціального захисту населення
                        районних у мм. Києві/Севастополі державної адміністрації, виконавчого органу сільської,
                           селищної, міської ради (далі - уповноважений орган) / надавача соціальних послуг)

**ДЕКЛАРАЦІЯ
                                          про доходи та майновий стан особи,
                                      яка потребує надання соціальних послуг**

|  |
| --- |
| **Розділ I. Загальні відомості**1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(прізвище, ім’я, по батькові (за наявності) особи, яка потребує надання соціальних послуг (далі - заявник)2. Місце проживання/перебування заявника \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(поштовий індекс, область, район, населений пункт, вулиця, будинок, корпус, квартира)3. Члени сім’ї заявника |
| Прізвище, ім’я, по батькові (за наявності) | Число, місяць, рік народження | Ступінь родинного зв’язку | Найменування та реквізити документа, що посвідчує особу | Реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності) | Унікальний номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі (за наявності) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
| **Розділ II. Відомості про доходи потенційного отримувача соціальних послуг,членів його сім’ї, отримані з \_\_\_\_\_ 20 \_\_ р. до \_\_\_\_\_ 20 \_\_ р.\***(розраховуються відповідно до Методики обчислення середньомісячного сукупного доходу сім’ї для надання соціальних послуг, затвердженої наказом Міністерства соціальної політики від 16 червня 2020 року № 419, зареєстрованим у Міністерстві юстиції 02 липня 2020 року за № 611/34894) |
| Прізвище, ім’я, по батькові (за наявності) | Відомості про доходи |
| вид доходу | розмір доходу | джерело доходу |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
| \* Розділ ІІ заповнюється заявником за наявності в нього доходів, інформація про які відсутня в ДПС, Пенсійному фонді України, фондах загальнообов’язкового державного соціального страхування, та за наявності в заявника доходів, інформація про які не може бути надана за запитом уповноваженого органу. |
|  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(підпис заявника, законного представника /уповноваженої особи органу опіки та піклування) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дата) |