ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства соціальної політики України
05 березня 2024 року N 80-Н

|  |  |
| --- | --- |
|   | **Львівському обласному відділеннюФонду соціального захисту осіб з інвалідністю***(найменування територіального відділення ФСЗОІ))*     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) заявника)*паспорт (інший документ, що посвідчує особу):серія (за наявності) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(ким, дата)*реєстраційний номер [облікової картки платникаподатків](https://ips.ligazakon.net/document/view/re31174?ed=2024_02_22&an=844)\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(ПІБ (за наявності) законного представника/ уповноваженої особи)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_зареєстроване/задеклароване місце проживання (перебування): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(номер телефону заявника)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(додатковий номер телефону заявника / уповноваженої особи)* |

### ЗАЯВА\*\*про забезпечення засобом реабілітації (виплату компенсації)

|  |
| --- |
| Прошу забезпечити (виплатити компенсацію)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(потрібне підкреслити) (найменування виробу)* Повідомляю, що я не забезпечувався (лась) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(найменування виробу)*за рахунок коштів місцевого бюджету, інших надходжень, зокрема благодійної або гуманітарної допомоги. Мене поінформовано, що в разі отримання мною засобу реабілітації за рахунок коштів місцевого бюджету, інших надходжень, зокрема благодійної або гуманітарної допомоги, мені не видаватиметься відповідний засіб за рахунок коштів державного бюджету, але я маю право на отримання послуг з гарантійного та післягарантійного ремонту такого засобу реабілітації, надання реабілітаційних послуг протягом строку його експлуатації. Мені роз'яснено, що відповідно до Порядку забезпечення допоміжними засобами реабілітації (технічними та іншими засобами реабілітації) осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані такі засоби, затвердженого [ПКМУ від 05.04.2012 р. N 321](https://ips.ligazakon.net/document/view/kp120321?ed=2023_12_07&an=2777) (у редакції [ПКМУ від 07.12.2023 р.N 1306](https://ips.ligazakon.net/document/view/kp231306?ed=2023_12_07)) (далі - Порядок): забезпечення засобами реабілітації, надання послуг з гарантійного та післягарантійного ремонту та технічного обслуговування засобів реабілітації здійснюється згідно з договорами, укладеними територіальним відділенням Фонду соціального захисту осіб з інвалідністю із суб'єктом господарювання; забезпечення засобами реабілітації і виплата компенсації здійснюються в межах відповідних коштів, передбачених у державному бюджеті за програмою "Соціальний захист осіб з інвалідністю" в порядку черговості; після отримання повідомлення про формування територіальним відділенням Фонду соціального захисту осіб з інвалідністю направлення на забезпечення засобами реабілітації я можу звернутися до суб'єкта господарювання із заявкою про намір забезпечення протезно-ортопедичним виробом, у тому числі ортопедичним взуттям, допоміжними засобами для особистого догляду та захисту / заявкою про намір забезпечення допоміжними засобами для особистої гігієни, допоміжними засобами для особистої рухомості, переміщення та підйому, засобами для пересування, меблями, оснащенням. Я ознайомлений(а) із: переліком суб'єктів господарювання, до яких можна звернутися з питань забезпечення засобами реабілітації або їх ремонту, та їхніми контактними даними; механізмом забезпечення засобами реабілітації та отримання компенсації; інформацією щодо електронного кабінету особи, його функціоналу та офіційного веб-сайту Мінсоцполітики. Я поінформований(а) про те, що: - можу отримати грошову компенсацію вартості за самостійно придбані засоби реабілітації. Строк звернення за грошовою компенсацією не може перевищувати шести місяців з дати, зазначеної в розрахунковому документі, а в період воєнного стану, а також для осіб, визначених абзацом сьомим [підпункту 1 пункту 1 Порядку](https://ips.ligazakon.net/document/view/kp120321?ed=2023_12_07&an=2780), - 12 місяців;-засоби реабілітації призначаються відповідно до моїх функціональних можливостей;-право на забезпечення засобами реабілітації припиняється в разі відміни відповідних показань для забезпечення засобами реабілітації, виїзду на постійне проживання за кордон, смерті;-право на забезпечення засобами реабілітації зупиняється на наступний строк експлуатації виданих засобів реабілітації у разі виявлення фактів продажу, дарування або передачі до закінчення строку експлуатації виданих за кошти державного бюджету засобів реабілітації;-виявлення за результатами моніторингу стану засобів реабілітації, виданих за рахунок коштів державного бюджету, факту умисного пошкодження, втрати, продажу, обміну та/або дарування будь-якій особі протягом строку, на який засоби реабілітації видано, є підставою для відмови в забезпеченні засобами реабілітації на наступний строк;-ремонт за рахунок коштів державного бюджету протезів нижніх кінцівок (для протезів гомілки - стопи, для протезів стегна - стопи та механізму колінного), якими забезпечено осіб, яким установлено I - II ступінь функціональних можливостей, проводиться суб'єктом господарювання не раніше ніж через один рік з дати отримання в експлуатацію, осіб, яким установлено III - IV ступінь функціональних можливостей, - через два роки, протезів верхніх кінцівок - через один рік. Таке обмеження не поширюється на ремонт, що передбачає заміну куксоприймача або інших елементів кріплення протеза, виготовлених індивідуально;-у разі заміни комплектувальних виробів під час післягарантійного ремонту протезного виробу строк експлуатації виробу продовжується для протезів нижніх кінцівок (протезів гомілки-стопи, протезів стегна-стопи та механізму колінного), якими забезпечено осіб, яким установлено I - II ступінь функціональних можливостей, на один рік з дати видачі протезного виробу після ремонту, осіб, яким установлено III - IV ступінь функціональних можливостей, - на два роки, для протезів верхніх кінцівок - на один рік;-строк експлуатації засобу реабілітації продовжується на один рік у разі проведення його післягарантійного ремонту за шість і менше місяців до закінчення строку його експлуатації, за винятком ремонту, розмір видатків на який не перевищує 20 відсотків граничної ціни засобу реабілітації, встановленої Мінсоцполітики;-для заміни засобу реабілітації у зв'язку із закінченням строку його експлуатації я можу звернутися із заявою до органу соціального захисту населення, виконавчого органу, центру, територіального відділення Фонду соціального захисту осіб з інвалідністю або через електронний кабінет особи не раніше ніж за два місяці до закінчення строку експлуатації такого засобу;-у разі несвоєчасного звернення із заявою про заміну засобу реабілітації, строк експлуатації якого закінчився, новий засіб реабілітації замовляється з дня подання заяви про його заміну. За період, у якому я мав(ла) право на заміну засобу реабілітації, але не звернувся(лась) з відповідною заявою, новий засіб реабілітації не видається;-під час первинного протезування/ортезування та/або забезпечення кріслом колісним суб'єкт господарювання зобов'язаний надати мені послуги з адаптації, освоєння, догляду та обслуговування засобу реабілітації, в інших випадках послуги з адаптації та освоєння засобів реабілітації надаються в разі потреби;-засоби реабілітації видаються разом з інструкцією щодо його застосування (паспортом) і талоном на гарантійний ремонт. 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.До заяви додаю документи, передбачені [пунктом 12 Порядку](https://ips.ligazakon.net/document/view/kp120321?ed=2023_12_07&an=2847). |
| Заяву та документи на \_\_ аркушах прийнято \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. та зареєстровано за N \_\_\_\_\_.Додатково для розгляду заяви необхідно до \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. подати такі документи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ознайомився (лась) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(підпис, Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ особи,                                (підпис заявника / законного представника /                 що прийняла документи)                                                                             уповноваженої особи)* |

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\* Для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовились від прийняття реєстраційного номера [облікової картки платника податків](https://ips.ligazakon.net/document/view/re31174?ed=2024_02_22&an=844) та офіційно повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку в паспорті громадянина України, такі відомості не подаються.\*\* Обробка персональних даних проводиться відповідно до [Закону України "Про захист персональних даних"](https://ips.ligazakon.net/document/view/t102297?ed=2022_10_27). |
|  |  |

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства соціальної політики України
05 березня 2024 року N 80-Н

|  |  |
| --- | --- |
|   | **Львівському обласному відділеннюФонду соціального захисту осіб з інвалідністю***(найменування територіального відділення ФСЗОІ))*     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) заявника)*паспорт (інший документ, що посвідчує особу):серія (за наявності) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(ким, дата)*реєстраційний номер [облікової картки платникаподатків](https://ips.ligazakon.net/document/view/re31174?ed=2024_02_22&an=844)\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(ПІБ (за наявності) законного представника/ уповноваженої особи)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_зареєстроване/задеклароване місце проживання (перебування): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(номер телефону заявника)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(додатковий номер телефону заявника / уповноваженої особи)* |

### ЗАЯВА\*\*про заміну засобу реабілітації

|  |
| --- |
| Прошу замінити \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                                     (найменування виробу)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_у зв'язку із \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                    (закінченням строку експлуатації виробу / проходженням повторного огляду чи обстеження / викраденням /               пошкодженням внаслідок дії непереборної сили / втратою засобу реабілітації внаслідок воєнних (бойових) дій,       бомбардувань, авіаударів та інших збройних нападів під час військової агресії Російської Федерації проти України)Повідомляю, що я не забезпечувався(лась) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                                                                      (найменування виробу)за рахунок коштів місцевого бюджету, інших надходжень, зокрема благодійної або гуманітарної допомоги.Мене поінформовано, що в разі отримання мною засобу реабілітації за рахунок коштів місцевого бюджету, інших надходжень, зокрема благодійної або гуманітарної допомоги, мені не видаватиметься відповідний засіб за рахунок коштів державного бюджету, але я маю право на отримання послуг з гарантійного та післягарантійного ремонту такого засобу реабілітації, надання реабілітаційних послуг протягом строку його експлуатації.До заяви додаю копії таких документів\*\*\*: Re41895_img_002 висновок про необхідність забезпечення особи з обмеженнями повсякденного функціонування допоміжними засобами реабілітації (технічними та іншими засобами реабілітації) або інший документ, що підтверджує потребу в забезпеченні засобами реабілітації, з урахуванням положень абзацу восьмого пункту 5 Порядку забезпечення допоміжними засобами реабілітації (технічними та іншими засобами реабілітації) осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані такі засоби, затвердженого [постановою Кабінету Міністрів України від 05 квітня 2012 року N 321](https://ips.ligazakon.net/document/view/kp120321?ed=2023_12_07&an=2823) (у редакції [постанови Кабінету Міністрів України від 07 грудня 2023 року N 1306](https://ips.ligazakon.net/document/view/kp231306?ed=2023_12_07)); Re41895_img_002 витяг з Єдиного реєстру досудових розслідувань.Я ознайомлений(а) із:переліком суб'єктів господарювання, до яких можна звернутися з питань забезпечення засобами реабілітації або їх ремонту, та їхніми контактними даними;механізмом забезпечення засобами реабілітації та отримання компенсації;інформацією щодо електронного кабінету особи, його функціоналу та офіційного веб-сайту Мінсоцполітики.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 та документи на \_\_ аркушах прийнято \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. та зареєстровано за N \_\_\_\_\_.Додатково для розгляду заяви необхідно до \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. подати такі документи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ознайомився(лась) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    (підпис, Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ особи,           (підпис заявника / законного представника /                   що прийняла документи)                                           уповноваженої особи) |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\*\* Обробка персональних даних проводиться відповідно до [Закону України "Про захист персональних даних"](https://ips.ligazakon.net/document/view/t102297?ed=2022_10_27). |