ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства соціальної політики України
21 квітня 2015 року № 441

***Заповнюється:** заявником/уповноваженим представником*

До органу праці та соціального захисту населення
Долинській РДА
від Мельник Марії Василівни,
зареєстрований за адресою: м. Долина вул. Обліски 117г / 49,
проживаю за адресою: м. Долина Проспект Незалежності 2 / 20,
контактний телефон 0950908123, паспорт: серія СС № 753159,
виданий Долинським РВ УМВС в Івано-Франківській обл.
"29" лютого 20 00 р., реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія та номер паспорта з відміткою про відмову від прийняття такого номера 1597538246, дата народження „07" січня 1975 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	
допомогу батькам багатодітної сім'ї	
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 I групи	
допомогу жінкам, яким присвоєно звання України „Мати-героїня"	
допомогу особам з інвалідністю II групи	
допомогу особам з інвалідністю III 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 I групи)	
допомогу на догляд малозабезпеченим особам з інвалідністю підгрупи А I групи	
допомогу на догляд малозабезпеченим особам з інвалідністю підгрупи Б I групи	
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	
відшкодування вартості послуги з догляду за дитиною до трьох років «муніципальна няня»	
надання державної соціальної допомоги особі, яка доглядає за хворою дитиною	
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)	
9. Компенсацію як фізичній особі, яка надає соціальні послуги	
10. Компенсаційну виплату особі, яка здійснює догляд за особою з інвалідністю I 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	

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) **18.02.2020** (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)