

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)

<b>1. Державну допомогу сім'ям з дітьми, а саме:</b>	
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	
<b>2. Державну соціальну допомогу малозабезпеченим сім'ям</b>	
<b>3. Державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам, а саме:</b>	
допомогу інвалідам з дитинства I групи	
допомогу інвалідам з дитинства II групи	
допомогу інвалідам з дитинства III групи	
допомогу на дітей-інвалідів віком до 18 років	
надбавку на догляд за інвалідом з дитинства підгрупи А I групи	
надбавку на догляд за інвалідом з дитинства підгрупи Б I групи	
одиноким інвалідам з дитинства II і III груп, які за висновком ЛКК закладу охорони здоров'я потребують постійного стороннього догляду	
надбавку на догляд за дитиною-інвалідом віком до 6 років	
надбавку на догляд за дитиною-інвалідом віком від 6 до 18 років	
<b>4. Державну соціальну допомогу особам, які не мають права на пенсію, та інвалідам, а саме:</b>	
допомогу інвалідам I групи	
допомогу жінкам, яким присвоєно звання України „Мати-героїня”	
допомогу інвалідам II групи	
допомогу інвалідам III групи	
допомогу священнослужителям, церковнослужителям	
допомогу особам, які досягли віку, що дає право на призначення допомоги	
допомогу на догляд одиноким малозабезпеченим особам, які за висновком ЛКК закладу охорони здоров'я потребують постійного стороннього догляду (крім інвалідів I групи)	
допомогу на догляд малозабезпеченим інвалідам підгрупи А I групи	
допомогу на догляд малозабезпеченим інвалідам підгрупи Б I групи	
<b>5. Компенсаційні виплати та допомоги громадянам, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи</b>	
одноразову компенсацію учасникам ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС, які стали інвалідами внаслідок Чорнобильської катастрофи	
одноразову компенсацію дітям, які стали інвалідами 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 території радіоактивного забруднення, та дітей, які є інвалідами внаслідок Чорнобильської катастрофи і не харчуються в навчальних закладах, а також за всі дні, коли вони не відвідували ці заклади	
<b>6. Тимчасову державну допомогу дітям</b>	
<b>7. Соціальну допомогу на дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, грошове забезпечення батькам-вихователям і прийомним батькам</b>	
<b>8. Допомогу на догляд</b> (щомісячну грошову допомогу особі, яка проживає разом з інвалідом I чи II групи внаслідок психічного розладу, який за висновком лікарської комісії медичного закладу потребує постійного стороннього догляду, на догляд за ним)	
<b>9. Компенсацію як фізичній особі, яка надає соціальні послуги</b>	
<b>10. Компенсаційну виплату особі, яка здійснює догляд за інвалідом I групи або особою, яка досягла 80 років</b>	
<b>11. Грошову компенсацію замість санаторно-курортної путівки</b>	
<b>12. Компенсацію вартості самостійного санаторно-курортного лікування</b>	
<b>13. Пільгу на придбання твердого палива</b>	
<b>14. Пільгу на придбання скрапленого газу</b>	
<b>15. Одноразову винагороду жінці, якій присвоєно почесне звання України „Мати-героїня”</b>	
<b>16. Одноразову матеріальну допомогу особі, яка постраждала від торгівлі людьми</b>	
<b>17. Допомогу на поховання</b>	

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 інвалід з дитинства або дитина-інвалід 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 припиненні 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)

<u>1. У шлюбі</u>	Перебувала	Не перебувала	Перебуваю
<u>2. З особою, від якої маю дитину</u>	Проживаю	Не проживаю	
<u>3. Пенсію в разі втрати годувальника або соціальну пенсію (заповнюють лише вдови, вдівці)</u>	Отримую	Не отримую	

Інформація, яка повідомляється одержувачем державної соціальної допомоги інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам 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)

Директор Департаменту державної соціальної допомоги

В. Музиченко