

ЗАТВЕРДЖЕНО
постановою Кабінету Міністрів України
від 25 червня 2025 р. № 765
(в редакції постанови Кабінету Міністрів України
від 5 лютого 2026 р. № 169)

_____ (найменування органу Пенсійного фонду України)

_____,
(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) заявника/законного
представника)

_____ (адреса зареєстрованого/задекларованого місця проживання/

_____,
перебування (необхідне зазначити) заявника/законного представника)

номер телефону _____,

адреса електронної пошти _____,

_____ (паспорт громадянина України або тимчасове посвідчення
громадянина України (для іноземців та осіб без громадянства —
паспортний документ іноземця, або документ, що посвідчує особу без
громадянства, або посвідка на постійне проживання, або посвідчення
біженця, або посвідчення особи, яка потребує додаткового захисту, або
інший документ, що підтверджує законність перебування іноземця чи
особи без громадянства на території України) (необхідне зазначити)

серія (за наявності) _____ № _____,

виданий (видана) _____

(ким і коли) (за наявності)

унікальний номер запису в Єдиному державному
демографічному реєстрі (за наявності):

_____,
реєстраційний номер облікової картки платника
податків (крім фізичних осіб, які через свої релігійні
переконання відмовляються від прийняття
реєстраційного номера облікової картки платника
податків та офіційно повідомили про це
відповідному контролюючому органу і мають
відмітку в паспорті громадянина України)

ЗАЯВА

про призначення окремих видів
державної соціальної допомоги

Прошу призначити/перерахувати (необхідне підкреслити) належний
вид/види згідно із законодавством державної соціальної допомоги
(допомог) (необхідне підкреслити) _____

(назва допомоги (допомог))

У разі звернення законного представника зазначити _____

(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) особи,
законним представником якої є)

У разі звернення із заявою про призначення допомоги у зв'язку із вагітністю та пологами або допомоги для догляду за дитиною до досягнення нею однорічного віку зазначається номер медичного висновку _____

(номер медичного висновку у форматі XXXX-XXXX-XXXX-XXXX (латинські літери та цифри))

До заяви відповідно до законодавства додаю _____ документів на
(кількість)

_____ аркушах.
(цифрами)

У разі призначення/проведення перерахунку допомоги/надбавки (необхідне підкреслити) прошу виплатити кошти:

через організацію, яка здійснює виплату і доставку пенсій та грошової допомоги за місцем фактичного проживання

_____ або
(найменування організації)

на рахунок у банку (у разі звернення заявника із заявою про призначення соціальної допомоги та грошового забезпечення, оплати за надання послуги патронату над дитиною зазначаються реквізити особових рахунків, відкритих у банківській установі):

_____ (найменування уповноваженого банку)

_____ (номер рахунка за стандартом IBAN)

_____ (найменування уповноваженого банку)

_____ (номер рахунка за стандартом IBAN)

Усвідомляю, що надані мною відомості про доходи, що вплинули або могли вплинути на прийняте рішення щодо призначення/перерахунку допомоги, будуть перевірені згідно із законодавством України.

Мене поінформовано про те, що в разі зміни обставин, які можуть вплинути на отримання мною допомоги, я повинен/повинна повідомити про це органу Пенсійного фонду України.

Про відмову у призначенні або про припинення виплати призначеної допомоги/надбавки та/або про повернення надміру виплачених коштів у разі подання не в повному обсязі чи недостовірних відомостей про доходи сім'ї мене попереджено.

Спосіб отримання повідомлення про призначення державної соціальної допомоги (допомог)/надбавки (або відмову в її (їх) призначенні):

- отримаю особисто;
- надіслати з використанням засобів поштового зв'язку;
- доставити кур'єром за додаткову плату;
- надіслати на адресу електронної пошти _____;
- передати з використанням інших технічних засобів електронних комунікацій.

Я надаю згоду на передачу (за потреби) моїх персональних даних та підтверджую наявність згоди осіб, зазначених у цій заяві, на передачу їх персональних даних урядам іноземних держав, міжнародним організаціям, донорським установам з метою отримання допомоги (у разі можливості надання такої) за рахунок їх коштів у порядку, визначеному законодавством.

(підпис)

(дата)

Заповнюється працівником органу Пенсійного фонду України/виконавчого органу сільської, селищної, міської, районної у місті (у разі її утворення) ради, військової адміністрації/адміністратором центру надання адміністративних послуг

Відомості з паспорта та поданих документів звірено.

Заяву та документи на _____ аркушах прийнято _____ 20__ р. та зареєстровано за № _____.

Перелік поданих документів:

1. _____ на _____ аркушах
2. _____ на _____ аркушах
3. _____ на _____ аркушах
4. _____ на _____ аркушах
5. _____ на _____ аркушах
6. _____ на _____ аркушах

Для розгляду заяви необхідно додати до _____ 20__ р. такі документи:

Ознайомлено _____

(найменування посади працівника)

(прізвище та підпис)

(підпис заявника)

Заповнюється працівником Пенсійного фонду України/виконавчого органу сільської, селищної, міської, районної у місті (у разі її утворення) ради, військової адміністрації/адміністратором центру надання адміністративних послуг

Відомості з паспорта та поданих документів звірено.

Заяву та документи на _____ аркушах прийнято
_____ 20__ р. та зареєстровано за № _____.

Перелік поданих документів:

1. _____ на ___ аркушах
2. _____ на ___ аркушах
3. _____ на ___ аркушах
4. _____ на ___ аркушах
5. _____ на ___ аркушах
6. _____ на ___ аркушах

Для розгляду заяви необхідно додати до _____ 20__ р. такі документи:

Ознайомлено _____

(найменування посади працівника)

(прізвище та підпис)

(підпис заявника)

{Форма заяви в редакції Постанови КМ № 169 від 05.02.2026}