

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства соціальної політики України
09 січня 2023 року № 3

УСЗН Кременчуцької районної державної адміністрації

(назва органу, до якого подається заява)

Іванова Лариса Павлівна

(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) особи, яка подає заяву)

який / яка проживає за адресою:

**Полтавська обл., Кременчуцький район, с. Садки,
вул. Європейська, буд. 80**

має зареєстроване / задеклароване місце проживання /
перебування за адресою:

**Полтавська обл., м. Глобине, вул. Перемоги,
буд. 25, кв. 15**

контактний номер мобільного телефону **0951234567**

Паспорт громадянина України

(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 / тимчасове проживання, або посвідчення біженця, або інший документ, що підтверджує законність перебування іноземця чи особи без громадянства на території України) (зазначити потрібне)

серії (за наявності) № **МН 542000**

виданий (видана) **Крюківським РВ УМВС України в
Полтавській області, 12.11.2001**

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

реєстраційний номер облікової картки платника податків
(крім осіб, які відмовились від отримання такого номера і
мають про це відмітку в паспорті) **1234598765**

народився / народилась (підкреслити потрібне) **11.06.1985**

(число, місяць, рік)

Звернення первинне повторне № _____
_____ (дата реєстрації заяви)
Номер основної
особової справи

ЗАЯВА

про призначення усіх видів соціальної допомоги та компенсацій

Прошу призначити / перерахувати (потрібне підкреслити) мені належну згідно із законодавством
допомогу / компенсацію (потрібне підкреслити) відповідного виду із нижчевикладеного переліку.

| Назва допомоги / компенсації | Зазначити необхідне |
|--|------------------------|
| 1. Державна допомога сім'ям з дітьми | |
| Допомога у зв'язку з вагітністю та пологами | |
| Допомога при народженні дитини | |
| Допомога при усиновленні дитини | |
| Допомога на дітей, над якими встановлено опіку чи піклування | |
| Допомога на дітей одининок матерям | |
| Допомога особі, яка доглядає за хворою дитиною | |
| 2. Державна соціальна допомога малозабезпеченим сім'ям | |
| 3. Державна соціальна допомога особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю: | |
| Допомога особам з інвалідністю з дитинства I групи | |

| | |
|--|---|
| Допомога особам з інвалідністю з дитинства II групи | |
| Допомога особам з інвалідністю з дитинства III групи | |
| Допомога на дітей з інвалідністю віком до 18 років | |
| Надбавка на догляд за особою з інвалідністю з дитинства підгрупи А I групи | |
| Надбавка на догляд за особою з інвалідністю з дитинства підгрупи Б I групи | |
| Надбавка на догляд за одининокими особами з інвалідністю з дитинства II і III груп, які за висновком лікарсько-консультативної комісії закладу охорони здоров'я потребують постійного стороннього догляду | |
| Надбавка на догляд за дитиною з інвалідністю віком до 6 років | |
| Надбавка на догляд за дитиною з інвалідністю віком від 6 до 18 років | |
| 4. Державна соціальна допомога особам, які не мають права на пенсію, та особам з інвалідністю: | |
| Допомога особам з інвалідністю I групи | |
| Допомога особам з інвалідністю II групи | |
| Допомога особам з інвалідністю III групи | |
| Допомога жінкам, яким присвоєно звання України «Мати-героїня» | |
| Допомога священнослужителям, церковнослужителям | |
| Допомога особам, які досягли віку, що дає право на призначення допомоги | |
| Допомога дитині померлого годувальника | |
| Допомога на догляд одининок малозабезпеченим особам, які за висновком лікарсько-консультативної комісії закладу охорони здоров'я потребують постійного стороннього догляду (крім осіб з інвалідністю I групи) | |
| Допомога на догляд малозабезпеченим особам з інвалідністю підгрупи А I групи | |
| Допомога на догляд малозабезпеченим особам з інвалідністю підгрупи Б I групи | |
| Допомога на догляд одининок особам, які досягли 80-річного віку та за висновком лікарсько-консультативної комісії закладу охорони здоров'я потребують постійного стороннього догляду (крім осіб з інвалідністю внаслідок війни) | |
| 5. Компенсаційні виплати та допомога громадянам, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи: | |
| Одноразова компенсація учасникам ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС, які стали особами з інвалідністю внаслідок Чорнобильської катастрофи | |
| Одноразова компенсація дітям, які стали особами з інвалідністю внаслідок Чорнобильської катастрофи | |
| Одноразова компенсація сім'ям, які втратили годувальника із числа осіб, віднесених до учасників ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС, смерть яких пов'язана з Чорнобильською катастрофою | + |
| Щорічна допомога на оздоровлення | |
| Грошова компенсація замість путівки | |
| Компенсація проїзду один раз на рік до будь-якого населеного пункту України і назад автомобільним, або повітряним, або залізничним, або водним транспортом особам, віднесеним до категорій 1 та 2 постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи | |
| Компенсація 50 (25) відсотків вартості продуктів харчування за медичними (фізіологічними) нормами, встановленими Міністерством охорони здоров'я України, громадянам, віднесеним до категорій 1 та 2 постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи | |
| Щомісячна грошова компенсація на дітей, які не харчуються в закладах освіти, розташованих на території радіоактивного забруднення, та дітей, які є особами з інвалідністю внаслідок Чорнобильської катастрофи і не харчуються в закладах освіти, у тому числі за дні, в які вони не відвідували ці заклади | |
| 6. Тимчасова державна допомога дітям, батьки яких ухиляються від сплати аліментів, не мають можливості утримувати дитину або місце проживання їх невідоме | |
| 7. Соціальна допомога на дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, грошове забезпечення батькам-вихователям і прийомним батькам | |
| 8. Допомога на догляд (щомісячна грошова допомога особі, яка проживає разом з особою з інвалідністю I чи II групи внаслідок психічного розладу, яка за висновком лікарської комісії медичного закладу потребує постійного стороннього догляду, на догляд за нею) | |
| 9. Компенсаційна виплата особі, яка здійснює догляд за особою з інвалідністю I групи або особою, яка досягла 80-річного віку | |
| 10. Грошова компенсація замість санаторно-курортної путівки | |
| 11. Компенсація вартості самостійного санаторно-курортного лікування | |
| 12. Одноразова винагорода жінці, якій присвоєно почесне звання України «Мати-героїня» | |
| 13. Одноразова матеріальна допомога особі, яка постраждала від торгівлі людьми | |
| 14. Допомога на поховання | |
| 15. Тимчасова державна соціальна допомога працездатній особі, яка досягла загального пенсійного віку, але не набула права на пенсійну виплату | |
| 16. Допомога на дітей, які виховуються у багатодітних сім'ях | |

До заяви відповідно до законодавства додаю _____ документів на _____ аркушах.
У разі призначення / проведення перерахун-ку соціальної допомоги / компенсації (підкреслити потрібне)
прошу виплатити кошти:

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

(найменування організації)

на рахунок у банку **Приватбанк UA 12345678910000026205555444**

(назва банку, номер рахунка (за стандартом IBAN))

на особовий рахунок будинку-інтернату, установи (закладу), де особа з інвалідністю з дитинства або дитина з інвалідністю перебуває на повному державному утриманні, у банку

(назва банку, номер рахунка (за стандартом IBAN))

Підтверджую відсутність змін у складі сім'ї (при повторному зверненні).

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

Мене поінформовано про те, що в разі зміни обставин, які можуть вплинути на отримання мною соціальної допомоги / компенсації, я повинен / повинна повідомити про це орган соціального захисту населення.

Про відмову у призначенні / про припинення виплати призначеної соціальної допомоги / компенсації та / або про повернення надміру виплачених коштів у разі подання неповних чи недостовірних відомостей про доходи та майновий стан сім'ї мене попереджено.

підпис

(підпис)

дата

(дата)

Інформація, яка повідомляється одинокою матір'ю (зазначити 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 щодо призначення пенсії в разі втрати годувальника, яка повідомляється одержувачем державної соціальної допомоги, особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю

| | |
|---|------------------------|
| Управління Пенсійного фонду, у якому перебуває на обліку одержувач допомоги | Номер пенсійної справи |
| | |

Інформація щодо отримання пенсій (допомоги) особою, за якою здійснюється догляд, яка повідомляється одержувачем компенсаційної виплати / допомоги по догляду

| | |
|---|------------------------|
| Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності), адреса, орган, у якому перебуває на обліку одержувач пенсії (допомоги) (особа, за якою здійснюється догляд) | Номер пенсійної справи |
| | |

Якщо прийняття рішення щодо призначення / перерахунку допомоги потребуватиме окремого рішення місцевого органу виконавчої влади / органу місцевого самоврядування, прошу подати / не подавати мою заяву на розгляд місцевому органу виконавчої влади / органу місцевого самоврядування (потрібне підкреслити):

(підпис заявника / уповноваженого представника)

(дата)

Заповнюється працівником управління соціального захисту населення / виконавчого органу сільської, селищної, міської ради, військової адміністрації / центру надання адміністративних послуг
Відомості з паспорта та поданих документів звірено.

Заяву та документи на _____ аркушах прийнято _____ 20____ р. та зареєстровано за № _____
Для розгляду заяви необхідно додати до _____ 20__ р. такі документи:

Ознайомився(лась)

(посада працівника)

(прізвище та підпис)

(підпис заявника/
уповноваженого
представника)