|  |
| --- |
| Форма ЗАТВЕРДЖЕНА рішенням Зеленодольської міської ради  від 26.10.2016 №293 |
| ЗАТВЕРДЖЕНО рішенням Зеленодольської міської ради  від 30.03.2018 № 686 |

**Інформаційна картка**

**Надання пільг на придбання твердого**

**ТА РІДКОГО ПОБУТОВОГО ПАЛИВА**

Управління соціального захисту населення Апостолівської

районної державної адміністрації

(найменування суб’єкта надання адміністративної послуги)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Інформація про центр надання адміністративної послуги** | | |
| Найменування центру надання адміністративної послуги, в якому здійснюється обслуговування суб’єкта звернення | | Відділ (центр) надання адміністративних послуг виконавчого комітету  Зеленодольської міської ради |
| 1. | Місцезнаходження центру надання адміністративної послуги | 53860, Дніпропетровська обл., Апостолівський р-н,  м. Зеленодольськ, вул. Енергетична, б.10 |
| 2. | Інформація щодо режиму роботи центру надання адміністративної послуги | Понеділок, вівторок, четвер: 800-1715  Середа: 800-2000  п’ятниця: 800-1600  субота, неділя: вихідний |
| 3. | Телефон/факс (довідки), адреса електронної пошти та веб-сайт центру надання адміністративної послуги | тел. (05655)65463,  e-mail: [gorsovetvk@ukr.net](mailto:gorsovetvk@ukr.net),  web: http://zelenodolsk.com.ua |
| **Нормативні акти, якими регламентується надання адміністративної послуги** | | |
| 4. | Закони України | Бюджетний кодекс України.  Кодекс Цивільного захисту України.  - [„Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту”](http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/3551-12)  [„Про жертви нацистських переслідувань](http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1584-14)”  - [„Про основні засади соціального захисту ветеранів праці та інших громадян похилого віку в Україні](http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/3721-12)”  - [„Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи](http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/796-12)”  - [„Про статус ветеранів військової служби, ветеранів органів внутрішніх справ і деяких інших осіб та їх соціальний захист](http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/203/98-%D0%B2%D1%80" \t "_blank)” ;  - [„Про освіту](http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1060-12)” ;  - [„Про бібліотеки і бібліотечну справу](http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/32/95-%D0%B2%D1%80)” ;  - [„Про захист рослин](http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/180-14)”;  - [„Про охорону дитинства](http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2402-14)” ;  - [„Про культуру](http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2778-17)”;  - [Основи законодавства України про охорону здоров’я](http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2801-12). |
| 5. | Акти Кабінету Міністрів України | *-* Постанова Кабінету Міністрів України від 31.01.2007 № 77 „Про затвердження Порядку надання пільг на придбання твердого палива і скрапленого газу за рахунок субвенцій з державного бюджету місцевим бюджетам”. |
| 6. | Акти центральних органів виконавчої влади | *-* |
| 7. | Акти місцевих органів виконавчої влади/ органів місцевого самоврядування | *-* |
| **Умови отримання адміністративної послуги** | | |
| 8. | Підстава для одержання адміністративної послуги | Наявність у житловому приміщенні особи, яка має право на пільгу, пічного опалення та/або кухонного вогнища на твердому паливі |
| 9. | Вичерпний перелік документів, необхідних для отримання адміністративної послуги, а також вимоги до них | 1. Заява;  2. Довідка про наявність у житловому приміщенні пічного опалення та/або кухонного вогнища на твердому паливі. |
| 10. | Порядок та спосіб подання документів, необхідних для отримання адміністративної послуги | Документи надаються суб’єктом звернення особисто. |
| 11. | Платність (безоплатність) надання адміністративної послуги | Безоплатно |
| У разі платності: | | |
| 11.1 | Нормативно-правові акти, на підставі яких стягується плата | *-* |
| 11.2. | Розмір та порядок внесення плати (адміністративного збору) за платну адміністративну послугу | *-* |
| 11.3. | Розрахунковий рахунок для внесення плати | *-* |
| 12. | Строк надання адміністративної послуги | Протягом тридцяти робочих днів з дня надходження пакета документів |
| 13. | Перелік підстав для відмови у наданні адміністративної послуги | 1. Подання документів до заяви не в повному обсязі;  2*.* Підключення житла до системи газо, тепло-, електропостачання для опалення |
| 14. | Результат надання адміністративної послуги | Готівка на придбання твердого палива |
| 15. | Способи отримання відповіді (результату) | Особисто |
| 16. | Примітка | Проведення виплати пільг на придбання твердого палива проводиться після надходження субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*також до інформаційної картки додається форма заяви

|  |  |
| --- | --- |
|  | ЗАВЕРДЖЕНО Наказ Міністерства соціальної політики України  21 квітня 2015 року № 441 |

# *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)

|  |  |
| --- | --- |
| **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 |  |
| **2. Державну соціальну допомогу малозабезпеченим сім’ям** |  |
| **3. Державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам, а саме:** | |
| 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 |  |
| **4. Державну соціальну допомогу особам, які не мають права на пенсію, та інвалідам, а саме:** | |
| допомогу інвалідам І групи |  |
| допомогу жінкам, яким присвоєно звання України „Мати-героїня” |  |
| допомогу інвалідам ІІ групи |  |
| допомогу інвалідам ІІІ 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 І групи) |  |
| допомогу на догляд малозабезпеченим інвалідам підгрупи А І групи |  |
| допомогу на догляд малозабезпеченим інвалідам підгрупи Б І групи |  |
| **5. Компенсаційні виплати та допомоги громадянам, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи** | |
| 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 територіях 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 |  |
| **6. Тимчасову державну допомогу дітям** |  |
| **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 інвалідом 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 інвалідом І 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** |  |

**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 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) (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 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)