**Департаменту соціального захисту**

**населення Сумської міської ради**  
 (назва органу, до якого подається заява)

**Петренко Ганни Іванівни\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

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

який / яка *(підкреслити потрібне)* проживає за адресою:

**м. Суми, вул. Ковпака, буд. 15, кв. 6\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

має зареєстроване / задеклароване місце проживання /

перебування *(підкреслити потрібне)*

за адресою: **м. Суми, вул. Ковпака, буд. 15, кв. 6\_\_\_\_\_\_\_\_,**

контактний номер мобільного телефону **0509315247\_\_\_\_\_\_\_\_,**

(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)  **№** **МА 123456**, виданий (видана) **Ковпаківським РВ СМУ УМВС України в Сумській\_\_\_\_ області, 01.08.2014\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(ким і коли) (за наявності)

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):

**2876456317\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

народився/народилась *(підкреслити потрібне)*

**01.08.1979 р.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(число, місяць, рік)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Звернення:** | **первинне**   |  | | --- | |  | | **повторне**   |  | | --- | | **так** | | **Номер основної особової справи** | **№** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата реєстрації заяви) |

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 одиноким матерям | |  |
| Допомога особі, яка доглядає за хворою дитиною | |  |
| **2. Державна соціальна допомога малозабезпеченим сім’ям** | | **ТАК** |
| **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 одинокими 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 І групи | |  |
| Допомога особам з інвалідністю ІІ групи | |  |
| Допомога особам з інвалідністю ІІІ 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 одиноким малозабезпеченим особам, які за висновком лікарсько-консультативної комісії закладу охорони здоров’я потребують постійного стороннього догляду (крім осіб з інвалідністю І групи) | |  |
| Допомога на догляд малозабезпеченим особам з інвалідністю підгрупи А   І групи | |  |
| Допомога на догляд малозабезпеченим особам з інвалідністю підгрупи Б  І групи | |  |
| Допомога на догляд одиноким 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 територіях 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. Грошова компенсація замість санаторно-курортної путівки** | |  |
| **10. Компенсація вартості самостійного санаторно-курортного лікування** | |  |
| **11. Одноразова винагорода жінці, якій присвоєно почесне звання України «Мати-героїня»** | |  |
| **12. Одноразова матеріальна допомога особі, яка постраждала від торгівлі людьми** | |  |
| **13. Допомога на поховання** | |  |
| **14. Тимчасова державна соціальна допомога непрацюючій особі, яка досягла загального пенсійного віку, але не набула права на пенсійну виплату** | |  |
| **15. Допомога на дітей, які виховуються у багатодітних сім’ях** | |  |
| **16. Соціальна допомога на утримання дитини в сімї патронатного вихователя, оплата послуг патронату над дитиною (грошове забезпечення патронатного вихователя та помічника патронатного вихователя), сплата єдиного внеску на загальнообов’язкове державне соціальне страхування за патронатного вихователя** | |  |

До заяви відповідно до законодавства додаю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ документів на \_\_\_\_\_аркушах.

У разі призначення/проведення перерахун­ку 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 **КБ ПРИВАТБАНК\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(назва банку)

**UA11223234567891112600264555550\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**

(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.*

**Петренко** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(підпис) (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):

**Петренко** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(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)** **Петренко**  (посада працівника) (прізвище та підпис) (підпис заявника /   уповноваженого представника) |



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

|  |
| --- |
| ***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)** **Петренко**  (посада працівника) (прізвище та підпис) (підпис заявника /   уповноваженого представника) |