

Заповнюється: заявником/уповноваженим представником  
До органу праці та соціального захисту населення

*Писменицької РДА*

від *Троянчук Тетяни Петрівни*  
зареєстрований за адресою: *с. Чернівець, вул. Шкільна, 25*  
проживаю за адресою: *с. Чернівець, вул. Шкільна, 25*  
контактний телефон: \_\_\_\_\_ паспорт: серія *ІСБ* № *589190*  
видалий *Писменицьким РВЧ ІРС*  
" *15* " *01* . *2001* р. реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія та номер паспорта з відмічкою про відмову від прийняття такого номера *2170408150*, дата народження " *15* " *травня* *1986*  
звернення  пераніше  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  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 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 2 документів на 3 аркушах:

Прошу в разі призначення допомоги копії готівкою перераховувати

через національного оператора поштової зв'язку № \_\_\_\_\_

на рахунок у банку № 51637081905190 код \_\_\_\_\_  
банк Приват

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 усвідомлю, що наведені мною відомості про доходи та майно, що вплинули або могли вплинути на прийняття 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, компенсацій 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 однією 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 (задовжують лише вдови, вівці) | 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 (особової) 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, співласника (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, співласника (наймача) житла)