

Коростишівський відділ №2 УСЗН Житомирської РДА

(назва органу, до якого подається заява)

Іванова Іванна Іванівна

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

який/яка (підкреслити потрібне) проживає за адресою:

м.Коростишів, вул. Соборна Площа, 5, кв. 31

має зареєстроване/задеклароване місце проживання/перебування (підкреслити потрібне) за адресою

м.Коростишів, вул. Соборна Площа, 5, кв. 31контактний номер моб. телефону **0981231212****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) **ВМ** N **256325**, виданий (видана)**Коростишівським РВУМВС України в Житомирській обл. 01 січня 1998 р.**

(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):

2525363625

народився/народилась

(підкреслити потрібне) **01.01.1990**

число, місяць, рік

N	
(дата реєстрації заяви)	

Звернення: первинне ☐ повторне ☐

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.

* Заповнюється заявником / уповноваженим представником

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	
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 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 самотнім 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 самотнім 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. 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 непрацюючій 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 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 _____ **АТ ПРИВАТБАНК** _____

(назва банку)

_____ **UA1111223333444444445555555555** _____ /

(номер рахунку (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)

(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, вдовці)	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

Управління Пенсійного фонду, у якому перебуває на обліку одержувач допомоги	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 N _____

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

Ознайомився (лась) _____

(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 N _____

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

Ознайомився (лась) _____

(посада працівника)

(прізвище та підпис)

(підпис заявника / уповноваженого представника)