Додаток 2  
до Порядку

|  |
| --- |
| Міністерство охорони здоров’я  гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище, власне ім’я та по батькові (за наявності) заявника)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (серія та/або номер паспорта)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (реєстраційний номер облікової картки платника податків  (за наявності)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (унікальний номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі (за наявності)  Адреса місця проживання: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Номер телефону \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

ЗАЯВА

Прошу виплатити мені державну компенсацію шкоди як \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(члену сім’ї , батьку/матері, утриманцю)

померлого (померлої)

(прізвище, власне ім’я та по батькові (за наявності) померлого (померлої)

внаслідок використання лікарського засобу або вакцинації від гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2.

Для отримання виплати державної компенсації шкоди надаю такі відомості:

(свідоцтво про смерть особи)

(свідоцтво про народження особи (у разі здійснення виплати батькам померлої особи)

(свідоцтво про шлюб (у разі здійснення виплати дружині (чоловікові) померлої особи)

(свідоцтво про народження дитини)

(рішення про призначення особи опікуном чи піклувальником)

Мені відомо, що на день смерті померлого (померлої) до складу сім’ї входили:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності) | Ступінь споріднення | Число, місяць, рік народження | Адреса місця проживання, номер телефону | Примітка |

\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (підпис заявника) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище, власне ім’я та по батькові (за наявності) заявника) |

Мені відомо, що на день смерті на утриманні померлого (померлої) перебували:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності) | Ступінь споріднення | Число, місяць, рік народження | Адреса місця проживання, номер телефону | Примітка |

\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (підпис заявника) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище, власне ім’я та по батькові (за наявності) заявника) |

Батьки померлого (померлої):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Прізвище, власне ім’я, по батькові  (за наявності) | Ступінь споріднення | Адреса місця проживання, номер телефону | Примітка |

Про наявність інших членів сім’ї, утриманців мені невідомо.

\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (підпис заявника) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище, власне ім’я та по батькові (за наявності) заявника) |

Виплати прошу надсилати на поточний рахунок у банку №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_МФО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(повне найменування та реквізити банку)

Повідомляю, що я не отримував (не отримувала) виплати на компенсацію шкоди, пов’язаної з ускладненнями, що виникли після використання лікарських засобів або вакцинації, лікарськими засобами, вакцинами або іншими медичними імунобіологічними препаратами для специфічної профілактики від гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, за процедурою Всесвітньої організації охорони здоров’я в рамках глобальної ініціативи “COVAX”.

\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (підпис заявника) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище, власне ім’я та по батькові (за наявності) заявника) |

До заяви додаються такі документи:

| Назва документа | Кількість сторінок | Дата | Підпис |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Примірник протоколу розслідування, що надається групою оперативного реагування, або копія протоколу, засвідчена в установленому порядку | \_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 2. Копія свідоцтва про смерть особи | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 3. Копія свідоцтва про народження особи (у разі здійснення виплати батькам померлої особи) | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 4. Копія свідоцтва про шлюб (у разі здійснення виплати дружині (чоловікові) померлої особи) | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 5. Копія свідоцтва про народження дитини або відповідне рішення суду (у разі здійснення виплати дитині) | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 6. Копія рішення про призначення особи опікуном чи піклувальником (у разі звернення) | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 7. Копія рішення суду про встановлення факту перебування на утриманні, утримання із заробітної плати (доходу) аліментів, установлення статусу члена сім’ї (у разі прийняття такого рішення) | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 8. Довідка роботодавця про утримання із заробітної плати (доходу) померлої особи на користь особи, яка має право на утримання, аліментів відповідно до закону або копія рішення суду (у разі такого утримання) | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 9. Заява про відмову від отримання виплати, справжність підпису на якій засвідчена нотаріально (у разі потреби) | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 10. Довіреність (для уповноваженого представника) | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ |

Мені відомо, що виплата здійснюється разово та розподіляється пропорційно між усіма особами, що мають на це право та звернулися за виплатою.

Якщо після здійсненої виплати за її одержанням звертаються інші особи, які мають на це право, питання перерозподілу здійсненої виплати вирішується ними за домовленістю з особами, які отримали таку виплату, або у судовому порядку.

\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (підпис заявника) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище, власне ім’я та по батькові (за наявності) заявника) |

Заява разом з документами на \_\_\_\_ аркушах перевірена, прийнята   
\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_20\_\_ р. та зареєстрована в журналі обліку заяв під № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (підпис працівника, який прийняв документи) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   (посада працівника, який прийняв документи,  прізвище, власне ім’я та по батькові (за наявності) |