Додаток 1

до Порядку

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

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

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

(найменування структурного підрозділу з питань соціального захисту населення районної у мм. Києві та Севастополі держадміністрації, виконавчого органу сільської, селищної, районної у місті (у разі утворення), міської ради)

від \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності) заявника/  
законного представника/уповноваженого представника органу опіки та піклування)

Дата народження \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Місце проживання/перебування \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер телефону \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ, що посвідчує особу:

серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України (ID-картки) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

ким та коли виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Унікальний номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер довідки про звернення за захистом в Україні/посвідчення особи, яка потребує додаткового захисту/посвідчення біженця/ паспортного документа іноземця та посвідки на тимчасове проживання або посвідки на постійне проживання (підкреслити необхідне) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Ким та коли видана (видане) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Дата закінчення (продовження) строку дії посвідки/посвідчення \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України (ID-картки)\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Зареєстроване місце проживання \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**ЗАЯВА  
про потребу в наданні соціальних послуг з догляду на професійній основі**

**Я/мій син/підопічний/моя донька/підопічна** (підкреслити необхідне)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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

який/яка через порушення функцій організму не можу/не може самостійно пересуватися та самообслуговуватися, потребую/потребує надання соціальних послуг з догляду на професійній основі.

З умовами та порядком призначення компенсації фізичним особам, які надають соціальні послуги з догляду на професійній основі, ознайомлений/ознайомлена.

Я усвідомлюю, що наведені мною відомості, що вплинули або могли вплинути на прийняте рішення щодо призначення компенсації за надання соціальних послуг на професійній основі, будуть перевірені згідно із законодавством.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\* Для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків, офіційно повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають про це відмітку в паспорті громадянина України.

Додаткова інформація, що повідомляється особою, яка потребує надання соціальних послуг з догляду на професійній основі, або її законним представником

(необхідне підкреслити)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Соціальну послугу догляду вдома | отримую | не отримую |
| Соціальну послугу паліативного догляду | отримую | не отримую |
| Соціальну послугу стаціонарного догляду | отримую | не отримую |
| Соціальні послуги з догляду відповідно до Закону України “Про психіатричну допомогу” | отримую | не отримую |
| Соціальні послуги з догляду на непрофесійній основі відповідно до Закону України “Про соціальні послуги” | отримую | не отримую |
| Виплати на догляд відповідно до Законів України “Про загальнообов’язкове державне соціальне страхування”/“Про загальнообов’язкове державне пенсійне страхування”/“Про державну соціальну допомогу особам, які не мають права на пенсію, та особам з інвалідністю”/“Про пенсійне забезпечення осіб, звільнених з військової служби, та деяких інших осіб”/“Про державну соціальну допомогу особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю” (крім осіб з інвалідністю з дитинства І групи) | отримую | не отримую |

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

(дата заповнення) (підпис)

{Порядок доповнено Додатком 1 згідно з Постановою КМ № 591 від 07.05.2022}