

* Відомості для обчислення середньомісячного сукупного доходу отримувача соціальної послуги не заповнюються щодо отримувачів соціальних послуг, які мають право на отримання соціальної послуги за рахунок бюджетних коштів незалежно від доходу зокрема:

- осіб, які постраждали від торгівлі людьми і отримують соціальну допомогу відповідно до законодавства у сфері протидії торгівлі людьми; осіб, які постраждали від домашнього насильства або насильства за ознакою статі; дітей з інвалідністю; осіб з інвалідністю I групи; дітей-сиріт, дітей, позбавлених батьківського піклування; осіб з їх числа віком до 23 років; сімей опікунів, піклувальників; прийомних сімей; дитячих будинків сімейного типу; сімей патронатних вихователів; дітей, яким не встановлено інвалідність, але які є хворими на тяжкі перинатальні ураження нервової системи, тяжкі вроджені вади розвитку, рідкісні орфанні захворювання, онкологічні, онкогематологічні захворювання, дитячий церебральний параліч, тяжкі психічні розлади, цукровий діабет I типу (інсулінозалежні), гострі або хронічні захворювання нирок IV ступеня; дітей, які отримали тяжку травму, потребують трансплантації органа, потребують паліативної допомоги;

- інших категорій осіб, якщо вони потребують соціальних послуг з інформування, консультування, надання притулку, представництва інтересів, перекладу жестовою мовою, а також соціальних послуг, що надаються екстрено (кризово) (необхідне підкреслити) та/або за плату.

** Для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку в паспорті громадянина України.

Заповнюється відповідальною особою Департаменту соціальної та ветеранської політики Рівненської міської ради	
Відомості з паспорта громадянина України 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)	(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) заявника / законного представника)

Я, _____
(Прізвище, ім'я, по батькові)

даю згоду на використання та обробку персональних даних за умови дотримання їх захисту відповідно до вимог Закону України «Про захист персональних даних».

_____ 202_р. _____

✂ _____
(підпис)

Заповнюється відповідальною особою Департаменту соціальної та ветеранської політики Рівненської міської ради	
Відомості з паспорта громадянина України 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)	(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) заявника/законного представника)

***Департамент соціальної та ветеранської політики
Рівненської міської ради***

від _____
(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) заявника / законного
представника / уповноваженого представника сім'ї)

Дата народження _____

Місце проживання / перебування _____

Номер телефону _____

Документ, що посвідчує особу:

Серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України (ID-картка) _____

Ким та коли виданий _____

Унікальний номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі _____

Номер посвідки на постійне проживання, посвідки на тимчасове проживання, посвідчення біженця, посвідчення про взяття на облік бездомної особи (необхідне підкреслити)

Ким та коли видана(не) _____

Дата закінчення (продовження) строку дії посвідки/ посвідчення

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

Зареєстроване місце проживання _____

**ЗАЯВА
про надання соціальних послуг**

№ _____
(дата реєстрації заяви)

Прошу надати мені / моєму(їй) синові (доньці) / моїй сім'ї / підопічному(ій) (необхідне підкреслити)

_____ ,

(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) сина (доньки) чи підопічного(ї))

дата народження « ____ » _____ рік,

☐ Наявність інвалідності _____,

(група інвалідності, строк встановлення групи інвалідності)

який (яка) проживає / перебуває за адресою: _____

зареєстрованого(ї) за адресою: _____,

безоплатно ☐ платно ☐ з установленням диференційованої плати ☐ соціальну(і) послугу(и):

1	інформування	
2	догляд вдома	
3	догляд стаціонарний	
4	денний догляд	
5	денний догляд дітей з інвалідністю	
6	підтримане проживання осіб похилого віку та осіб з інвалідністю	
7	підтримане проживання бездомних осіб	
8	транзитне підтримане проживання / учбова соціальна квартира (будинок)	
9	паліативний догляд	
10	персональний асистент	
11	соціальний супровід сімей / осіб, які перебувають у складних життєвих обставинах	
12	соціальний супровід сімей, у яких виховуються діти-сироти і діти, позбавлені батьківського піклування	
13	соціальний супровід при працевлаштуванні та на робочому місці	
14	соціальна адаптація	
15	соціально-трудова адаптація	
16	соціальна інтеграція та реінтеграція	
17	соціальна реабілітація осіб з інтелектуальними та психічними порушеннями	
18	соціально-психологічна реабілітація	
19	соціально-психологічна реабілітація осіб із залежністю від наркотичних засобів чи психотропних речовин	
20	соціально-психологічна реабілітація осіб із ігровою залежністю	
21	консультування	
22	представництво інтересів	
23	посередництво	
24	надання притулку	
25	короткотермінове проживання	
26	соціальна профілактика	
27	фізичний супровід осіб з інвалідністю, які мають порушення опорно-рухового апарату та пересуваються на кріслах колісних, з інтелектуальними, сенсорними, фізичними, моторними, психічними та поведінковими порушеннями	
28	переклад жестовою мовою	
29	натуральна допомога	
30	догляд та виховання дітей в умовах, наближених до сімейних	
31	супровід під час інклюзивного навчання	
32	тимчасовий відпочинок для осіб, що здійснюють догляд за особами з інвалідністю, особами, які мають невиліковні хвороби, хвороби, що потребують тривалого лікування	
33	тимчасовий відпочинок для батьків або осіб, які їх замінюють, що здійснюють догляд за дітьми з інвалідністю	
34	транспортні послуги	

Надавач соціальної послуги: _____

Відомості, які використовуються для обчислення середньомісячного сукупного доходу отримувача соціальної послуги за рахунок бюджетних коштів або з установленням диференційованої плати з _____ р. до _____ р.*

Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності)	Назва та реквізити документу, що посвідчує особу	Реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України (ID-картка)**

До заяви відповідно до законодавства додано _____ документів на _____ аркушах.

Соціальних послуг від фізичної особи, якій призначено щомісячну компенсаційну виплату, допомогу на догляд в установленому законодавством порядку, не отримую. Соціальні послуги не надаю. Договір довічного утримання (догляду) не уклала(в) (зазначається у разі отримання соціальних послуг догляду (вдома, стаціонарного, паліативного).

З умовами та порядком надання соціальних послуг, припинення їх надання, тарифами (у разі надання платних соціальних послуг або з установленням диференційованої плати) ознайомена(ий).

Зобов'язуюсь повідомляти про зміни обставин, які можуть вплинути на надання мені / моєму(їй) синові (доньці) / моїй сім'ї / підопічному(їй) соціальних послуг.

У разі необхідності прийняття рішення щодо звільнення мене / мого(єї) сина (доньки)/ моєї сім'ї / підопічного(ої) від плати за соціальні послуги прошу розглянути мою заяву відповідними місцевими органами виконавчої влади / місцевого самоврядування відповідно до частини 7 статті 28 Закону України «Про соціальні послуги» (надання соціальних послуг за бюджетні кошти) (відповідне підкреслити).

Я усвідомлюю, що наведені мною відомості, що вплинули або могли вплинути на прийняте рішення щодо надання соціальної послуги, будуть перевірені згідно з чинним законодавством України.

(дата заповнення)

(підпис)