

Структурному підрозділу з питань соціального захисту населення

Департамент соціальної та ветеранської політики Рівненської міської ради

від Іванова Івана Миколайовича

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

Дата народження 01.01.1971

Місце проживання / перебування м. Рівне

вул. Соборна, 1, кв.1

Номер телефону 0971234567

Документ, що посвідчує особу: Серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України (ID-картка) AA 010203

Ким та коли виданий Рівненським РВ УМВС України в Рівненській обл., 01.08.2001

Унікальний номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі

за наявності

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

за наявності

Ким та коли видана(не) за наявності

Дата закінчення (продовження) строку дії посвідки/ посвідчення

за наявності

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

0123456789

Зареєстроване місце проживання м. Рівне, вул. Соборна, 1, кв.1

ЗАЯВА

про надання соціальних послуг

№ _____

(дата реєстрації заяви)

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

Іванову Івану Івановичу

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

дата народження « 01 » січня 2018 рік,

☐

наявність інвалідності

дитина з інвалідністю (по 31.06.2031)

(група інвалідності, строк встановлення групи інвалідності)

який (яка) проживає / перебуває за адресою: м. Рівне, вул. Соборна, 1, кв.1

зареєстрованого(ї) за адресою: м. Рівне, вул. Соборна, 1, кв.1

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: ГО «Мережа 100 відсотків життя»
(зазначити найменування надавача соціальної послуги за потреби)

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 укладала(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(ій) 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.

01.06.2026

(дата заповнення)

підпис

(підпис)

Заповнюється відповідальною особою структурного підрозділу з питань соціального захисту населення районної, районної у містах Києві / Севастополі державної адміністрації, виконавчого органу сільської, селищної міської районної в місті ради, центру надання соціальних послуг

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 _____

(прізвище та підпис
відповідальної особи)

Ознайомився _____

П.І.П.

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

ЛІНІЯ ВІДРІЗУ

Заповнюється відповідальною особою структурного підрозділу з питань соціального захисту населення районної, районної у містах Києві / Севастополі державної адміністрації, виконавчого органу сільської, селищної міської районної в місті ради, центру надання соціальних послуг

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 _____

(прізвище та підпис
відповідальної особи)

Ознайомився _____

П.І.П.

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