

**КРИВОРІЗЬКА МІСЬКА РАДА**

**ВИКОНАВЧИЙ КОМІТЕТ**

**Р І Ш Е Н Н Я**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 14.09.2016 | м. КривийРіг | №368 |

|  |
| --- |
| Про затвердження Порядку надання одноразової матеріальної допомогидітям з інвалідністю, які потребують забезпечення підгузками |

*Унесено зміни рішеннями виконкому міської ради:*

*від 12.03.2020№121*

*рішення втратило чинність на підставі рішення виконкому Криворізької міської ради від 14.01.2021№14*

З метою соціальної підтримки дітей з інвалідністю;згідно з рішеннями міської ради від 24.12.2015 №38 «Про затвердження Програми соціального захисту окремих категорій мешканців м. Кривого Рогу на 2016 рік», зі змінами; керуючись Законами України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні», «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні», «Про місцеве самоврядування в Україні», виконком міської ради ***вирішив:***

1. Затвердити Порядок надання одноразової матеріальної допомоги дітям з інвалідністю, які потребують забезпечення підгузками (додається).

2. Департаменту соціальної політики виконкому Криворізької міської ради здійснювати перерахування коштів заявникам відповідно до Порядку.

3. Контроль за виконанням рішення покласти на заступника міського голови відповідно до розподілу обов’язків.

***Міський голова Костянтин Павлов***

*Додаток*

*до рішення виконкому міської ради*

***Порядок***

***наданняодноразової матеріальноїдопомоги***

***дітям з інвалідністю,які потребують забезпечення підгузками***

1. Порядок надання матеріальної допомоги дітям з інвалідністю, які потребують забезпечення підгузками (надалі – Порядок) визначає механізм виплати матеріальної допомоги згідно з Програмою соціального захисту окремих категорій мешканців міста Кривого Рогу на відповідні бюджетні роки (надалі – Програма) у межах видатків, передбачених Програмою.

2. Відповідно до Порядку матеріальна допомога надається раз на рік кожній дитині з інвалідністю (крім дітей, які перебувають на повному державному утриманні) коштом міського бюджету одному з батьків, законному представнику дитиниз інвалідністю (надалі – заявник), які зареєстровані й проживають у м. Кривому Розі (у тому числі внутрішньо переміщеним особам) і перебувають на обліку в управліннях праці та соціального захисту населення виконкомів районних у місті рад (надалі – районні управління) і територіальних органах охорони здоров’я, згідно зі списком тарозрахунком управління охорони здоров’я виконкому Криворізької міської ради.

3. Для підготовки проєктів рішень виконкому міської ради щодо надання матеріальної допомоги дітям з інвалідністю, на яких поширюється дія Законів України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю», «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» та законодавчих актів щодо виплати соціальних державних допомог (пенсій):

3.1 заявники надають до районних управліньзаяву та згоду на обробку персональних даних (додаток) з пред’явленням оригіналів документів:

3.1.1 паспорта заявника, у тому числі у формі ID-картки з витягом з Єдиного державного демографічного реєстру щодо реєстрації місця проживання (у разі його наявності);

3.1.2 довідки про присвоєнняреєстраційного номера облікової картки платника податків (крім осіб, які через релігійні або інші переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки та маютьвідмітку в паспорті про відмову від йогоприйняття).

3.1.3 свідоцтва про народження дитини;

3.1.4 медичного висновку про дитину з інвалідністювіком до 18 років;

3.1.5 документа, що підтверджує родинні стосунки в разі різних прізвищ у дітей з інвалідністю та їх батьків;

3.1.6 рішення суду або виконкому районної в місті ради про призначення опіки (піклування) над дитиною з інвалідністю (для опікунів, піклувальників);

3.1.7 довідки встановленого зразка про взяття на облік у м. Кривому Розі, виданої районним управлінням (для внутрішньо переміщених осіб);

3.1.8 висновка лікарсько-консультативної комісії щодо потреби дитини з інвалідністю в забезпеченні підгузками;

3.2 районні управління:

3.2.1 здійснюють прийом заяв і документів та звіряють інформацію, що міститься в заяві, зобліковими даними дітей з інвалідністю, зісписком управління охорони здоров’я виконкому Криворізької міської ради, складеним на підставі списків лікувальних закладів міста;

3.2.2 перевіряють факт реєстрації заявника та дитини з інвалідністю в м. Кривому Розі (у тому числі внутрішньо переміщених осіб);

3.2.3 уносять інформацію до реєстру отримувачів допомог та компенсацій за рахунок коштів міського бюджету;

3.2.4 надають для підготовки проєктів рішень щодо виплати матеріальної допомоги для дітей з інвалідністю до департаменту соціальної політики виконкому Криворізької міської ради поіменні списки із зазначенням:

3.2.4.1 прізвища, ім’я, по батькові одержувача матеріальної допо- моги на дитину з інвалідністю;

3.2.4.2 адреси реєстрації та фактичного місця проживання одержувача матеріальної допомоги;

3.2.4.3 реєстраційного номера облікової картки платника податків (крім осіб, які через релігійні або інші переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та мають відмітку в паспорті про відмову від його прийняття);

3.2.4.4 даних про дитину з інвалідністю (ПІБ, дата народження, статус);

3.2.4.5 терміну дії медичного висновку про дитину з інвалід- ністю;

3.2.5 забезпечують зберігання документів, поданих заявниками до районнихуправлінь (заяву та згоду на обробку персональних даних,висновок лікарсько-консультативної комісії щодо потреби дитини з інвалідністю в забезпеченні підгузками), у порядку, визначеному чинним законодавствомУ країни.

4. Відповідальність за достовірність інформації:

4.1 у реєстрі отримувачів допомог та компенсацій за рахунок коштів міського бюджету та в поіменних списках одержувачів матеріальної допомогинесуть районні управління;

4.2 у спискудітей з інвалідністю, які потребують забезпечення підгузками, несе управління охорони здоров’я виконкому Криворізької міської ради.

5. У разі смерті одержувача матеріальної допомоги (дитини з інвалід- ністю) чи зміни адреси реєстрації місця проживання, скасування статусу «дитина з інвалідністю», у тому числі у випадку досягнення нею повноліття, повторного звернення із заявою за матеріальною допомогою протягом року, районні управління повинні своєчасно перевіряти в реєстрі отримувачів допомог та компенсацій за рахунок коштів міського бюджету інформацію про заявників, й уносити до нього відповідні зміни й інформувати про це департамент соціальної політики виконкому Криворізької міської ради для внесення відповідних коригувань у проєкти рішень виконкому міської ради.

6. Департамент соціальної політики виконкому Криворізької міської ради готує відповідний проєкт рішення на чергове засідання виконкому міської ради.

7. Виплата матеріальної допомоги проводиться без урахування сукупного доходу його сім’ї.

8. У разі виявлення районним управлінням факту надання заявником недостовірної інформації, з метою недопущення нецільового використання бюджетних коштів виплачена надміру допомога повертається ним на рахунок департаментусоціальної політики виконкому Криворізької міської ради. У разі відмови повернути надміру виплачену матеріальну допомогу отримувачем, питання вирішується в судовому порядку.

9. Фінансування видатків на виплату матеріальної допомоги прово- диться департаментом фінансів виконкому Криворізької міської ради коштом міського бюджету відповідно до пропозицій головного розпорядника коштів – департаментусоціальної політики виконкому Криворізької міської ради на підставі ухваленого виконкомом міської ради відповідного рішення.

10. Департаментом соціальної політики виконкому Криворізької міської ради здійснюється виплата матеріальної допомоги заявникам шляхом перерахування коштів через банківську установу, а вразі потреби, – через касу департаменту в установленому чинним законодавством порядку.

11. Уразі, коли заявник, який звернувся за матеріальною допомогою, її отримати не може, вона видається представнику, згідно з чиним законодавством України, з пред’явленням документа, що підтверджує його повноваження, та паспорта.

12. Прийом заявна виплату матеріальної допомоги районними управліннями здійснюєтьсящороку до 01 грудня.

***Керуюча справами виконкому ТетянаМала***

*Додаток*

*до Порядку надання одноразової матеріальної допомоги дітям з інвалідністю, які потребують забезпе- чення підгузками (підпункт 3.1)*

***Криворізькому міському голові***

***Костянтину Павлову***

*(прізвище, ім’я побатькові заявника)*

*(серія, номер паспортів заявника та дитини з інвалідністю,ким і коли видані)*

*(номер облікової картки платника податків)*

*(адреса реєстрації заявника та дитини з інвалідністю: назва вулиці, номери будинку/корпусу, квартири, район, місто, номер поштового відділення, номер телефону)*

*(адреса фактичного місця проживання заявника та дитини з інвалідністю за обліком в УПСЗН або територіальному органі Пенсійного фонду України: назва вулиці, номери будинку/корпусу, квартири, район, місто,номер поштового відді- лення)*

*(прізвище, ім’я побатькові дитини)*

*(категорія дитини)*

*(відомості зі свідоцтва про народження дитини із зазначенням числа, місяця, року народження)*

*(номер та дата медичного висновку ЛКК)*

*(термін дії медичного висновку ЛКК)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(відомості з довідки про взяття на облік у місті для внутрішньопереміщенихосіб) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*відомості з висновку ЛКК про потребу дитини з інвалідністю в забезпеченні підгузками)*

***ЗАЯВА***

Прошу надати (одноразову) матеріальнудопомогу.

Мною отримано всі роз'яснення. На письмовійвідповіді не наполягаю. У разі зміни обставин, що дають право на отримання матеріальної допомоги, зобов’язуюся негайно повідомляти про них. Матеріальну допомогу прошу перерахувати через банківську установу/видати через касу департаменту соціальної політики виконкому Криворізької міської ради (необхідне підкреслити).

«\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20р. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*( Підпис )*

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, надаю згоду на

*(прізвище, ім’я, по батькові)*

Обробку персональних даних. Ознайомлений (на) з організацією збору, обліку, обробки та захисту персональних даних відповідно до Закону України «Про захист персональних даних».

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_р. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Підпис)*

*Службові записи:*

*Відповідальна особа, яка прийняла та Відповідальна особа яка внесла*

*та перевірила документи інформацію до реєстру отримувачів*

*допомог та компенсацій за*

*рахунок коштів міського бюджету*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (прізвище, ім’я, по батькові) (прізвище, ім’я, по батькові)*

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