

**КРИВОРІЗЬКА МІСЬКА РАДА**

**ВИКОНАВЧИЙ КОМІТЕТ**

**Р І Ш Е Н Н Я**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 22.01.2020 | м. Кривий Ріг |  №15 |

***Про внесення змін до рішення виконкому міської ради від 13.02.2019 №59 «Про затвердження Порядку надання матеріальної допомоги сім’ям***, ***у яких виховуються діти з інвалідністю або онкохворі діти, хвороба яких перебуває в стадії ремісії»***

З метою соціального захисту дітей з інвалідністю та онкохворих дітей, хвороба яких перебуває в стадії ремісії та створення їм належних умов життєдіяльності; керуючись Законами України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні», «Про місцеве самоврядування в Україні», виконком міської ради ***вирішив***:

 1. Унести до рішення виконкому міської ради від 13.02.2019 №59 «Про затвердження Порядку надання матеріальної допомоги сім’ям, у яких виховуються діти з інвалідністю або онкохворі діти, хвороба яких перебуває в стадії ремісії», зі змінами, такі зміни:

 1.1 замінити в назві, тексті рішення та Порядку фразу «сім’ї, у яких виховуються діти з інвалідністю або онкохворі діти, хвороба яких перебуває в стадії ремісії» на фразу «діти з інвалідністю або онкохворі діти, хвороба яких перебуває в стадії ремісії» у відповідних числах та відмінках;

 1.2 у тексті Порядку:

 1.2.1 викласти в новій редакції

 1.2.1.1 пункти 2, 4, 7, 8, підпункти 5.1, 5.2, 6.1:

«2. Відповідно до Порядку матеріальна допомога надається раз на рік у розмірі 10,0 тис. грнкожній дитині (крім дітей, які перебувають на повному державному утриманні) коштом міського бюджету через одного з батьків, законного представника дитиниз інвалідністю або онкохворої дитини, хвороба якої перебуває в стадії ремісії (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).

4. Право на отримання матеріальної допомоги мають один з батьків або законний представник, які виховують дітей з інвалідністю або онкохворих дітей, хвороба яких перебуває в стадії ремісії.

5.1 заявники надають до районних управлінь заяву та згоду на обробку персональних даних (додаток) з пред’явленням оригіналів доку- ментів:

 5.2 районні управління:

 5.2.1 здійснюють прийом заяв і документів та звіряють інформацію, що міститься в заяві, за обліковими даними дітей з інвалідністю, щодо онкохворих дітей, хвороба яких перебуває в стадії ремісії, – зподанням управління охорони здоров’я виконкому Криворізької міської ради, складеним на підставі списків лікувальних закладів міста;

 5.2.2 перевіряють факт реєстрації заявника в м. Кривому Розі (у тому числі внутрішньо переміщених осіб);

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

 5.2.4 надають до департаменту соціальної політики виконкому Криворізької міської ради (надалі – департамент) поіменні списки із зазначенням:

 5.2.4.1 прізвища, ім’я, по батькові одержувача матеріальної допо- моги;

 5.2.4.2 адреси реєстрації та фактичного місця проживання одержувача матеріальної допомоги;

 5.2.4.3 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);

 5.2.4.4 даних про дитину з інвалідністю, онкохвору дітину, хвороба

якої перебуває в стадії ремісії (ПІБ, дата народження, статус);

5.2.4.5 терміну дії медичного висновку про дитину з інвалідністю віком до 18 років (або факту ремісії хвороби в онкохворих дітей за відсутності у них категорії «дитина з інвалідністю»).

6.1 у реєстрі отримувачів допомог та компенсацій за рахунок коштів міського бюджету та в поіменних списках одержувачів матеріальної допомоги, несуть районні управління.

 7. У разі смерті одержувача матеріальної допомоги (дитини з інвалід- ністю або онкохворої дитини, хвороба якої перебуває в стадії ремісії) 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 та вносити до нього відповідні зміни й інформувати департамент для внесення відповідних коригувань у проєкти рішень виконкому міської ради.

 8. Виплата заявнику матеріальної допомоги проводиться без урахування сукупного доходу його сім’ї.»;

 1.2.1.2 додаток (додаток);

 1.2.2 доповнити пункт 12:

 «12. Прийом заяв районними управліннями здійснюється щороку до 01 грудня.»;

 1.2.3 вважати підпункти 5.1.2.1 – 5.1.2.7 попередньої редакції підпун- ктами 5.1.1 – 5.1.7 відповідно, підпункт 5.1.3 – підпунктом 5.1.2.

***Міський голова Юрій Вілкул***

*Додаток*

*до рішення виконкому міської ради*

 ***Криворізькому міському голові***

 ***Юрію Вілкулу***

*(прізвище, ім’я по батькові заявника)*

*(серія, номер паспорта та ким і коли виданий)*

*(номер облікової картки платника податків)*

*(адреса реєстрації: назва вулиці, номери будинку/корпусу, квартири, район, місто, номер поштового відділення, номер теле- фону)*

 *(адреса фактичного місця проживання за обліком в УПСЗН або територіальному органі Пенсійного фонду України: назва вулиці, номери будинку/корпусу, квартири, район, місто, номер поштового відділення)*

*(прізвище, ім’я по батькові 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)*

***ЗАЯВА***

 Прошу надати (одноразову) матеріальну допомогу.

 Мною отримано всі роз'яснення. На письмовій відповіді не наполягаю. У разі зміни обставин, що дають право на отримання матеріальної допомоги, зобо-

в’язуюся негайно повідомляти про них. Матеріальну допомогу прошу перераху- вати через банківську установу/видати через касу департаменту соціальної політики виконкому Криворізької міської ради (необхідне підкреслити).

«\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 р. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  *( 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 інформацію до*

*та перевірила документи реєстру отримувачів допомог та компенсацій*

 *за рахунок коштів міського бюджету*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 ***Керуюча справами виконкому Тетяна Мала***