

**КРИВОРІЗЬКА МІСЬКА РАДА**

**ВИКОНАВЧИЙ КОМІТЕТ**

**Р І Ш Е Н Н Я**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 22.11.2023 | м. Кривий Ріг | №1411 |

# Про внесення змін до рішення виконкому міської ради від 23.03.2022 №141 «Про затвердження Порядку надання матеріальної допомоги дітям, хворим на цукровий діабет І типу, інсулінозалежним, для забезпечення витратними матеріалами й лікарськими засобами»

З метою соціального захисту дітей з інвалідністю; керуючись Законом України «Про місцеве самоврядування в Україні», виконком міської ради ***вирішив***:

1. Унести до рішення виконкому міської ради від 23.03.2022 №141 «Про затвердження Порядку надання матеріальної допомоги дітям, хворим на цукровий діабет І типу, інсулінозалежним, для забезпечення витратними матеріалами й лікарськими засобами», зі змінами, такі зміни: викласти в новій редакції:

1.1  у преамбулі назву Програми: «Програма соціальної підтримки насе-лення у 2017 – 2023 роках» у відповідному відмінку;

1.2  додаток до Порядку (додаток).

***Секретар міської ради –***

***в.о. міського голови Юрій ВІЛКУЛ***

 *Додаток*

*до рішення виконкому міської ради*

***Секретарю міської ради –***

***в.о. міського голови***

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

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

*(номер облікової картки платника податків заявника)*

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

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

*(адреса фактичного місця прожи- вання за обліком в управлінні праці та соціального захисту населення виконкому районної в місті ради або територіальному органі Пенсійного фонду України: назва вулиці, номери будинку/корпусу, квартири, район, номер поштового відділення)*

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

*(прізвище, ім’я по батькові дитини)*

*(статус 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 внутрішньо переміщених осіб)]*

***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, зобов’язуюся негайно повідомляти про них. Матеріальну допомогу прошу перерахувати через банківську установу/поштове відділення Дніпропетровської дирекції Акціонерного товариства «УКРПОШТА» (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 Відповідальна особа, яка внесла*

 *та перевірила документи інформацію до реєстру отримувачів*

 *допомог та компенсацій за рахунок коштів бюджету Криворізької міської*

 *територіальної громади*

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

***Керуюча справами виконкому Олена ШОВГЕЛЯ***