

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ Міністерства соціальної політики України  
09 січня 2023 року № 3

**УСЗН Крюківського району ДСЗН Кременчуцької міської  
ради Кременчуцького району Полтавської області**

(назва органу, до якого подається заява)

(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) особи, яка подає заяву)

який / яка проживає за адресою:

має зареєстроване / задеклароване місце проживання /  
перебування за адресою:

контактний номер мобільного телефону

(паспорт громадянина України або тимчасове посвідчення громадянина  
України (для іноземців та осіб без громадянства - паспортний документ  
іноземця, або документ, що посвідчує особу без громадянства, або посвідка  
на постійне / тимчасове проживання, або посвідчення біженця, або інший  
документ, що підтверджує законність перебування іноземця чи особи без  
громадянства на території України) (зазначити потрібне)

серії (за наявності) №

виданий (видана)

унікальний номер запису в Єдиному державному  
демографічному реєстрі (за наявності)

реєстраційний номер облікової картки платника податків  
(крім осіб, які відмовились від отримання такого номера і  
мають про це відмітку в паспорті)

народився / народилась (підкреслити потрібне)

(число, місяць, рік)

Звернення первинне  повторне

№

Номер основної  
особової справи

(дата реєстрації заяви)

**ЗАЯВА**

про призначення усіх видів соціальної допомоги та компенсацій

Прошу призначити / перерахувати (потрібне підкреслити) мені належну згідно із законодавством  
допомогу / компенсацію (потрібне підкреслити) відповідного виду із нижчевикладеного переліку.

| Назва допомоги / компенсації   | Зазначити<br>необхідне |
|--|------------------------|
| <b>1. Державна допомога сім'ям з дітьми</b>  |                        |
| Допомога у зв'язку з вагітністю та пологами  | +                      |
| Допомога при народженні дитини   |                        |
| Допомога при усиновленні дитини  |                        |
| Допомога на дітей, над якими встановлено опіку чи піклування                                     |                        |
| Допомога на дітей одиницею матерям   |                        |
| Допомога особі, яка доглядає за хворою дитиною   |                        |
| <b>2. Державна соціальна допомога малозабезпеченим сім'ям</b>                                    |                        |
| <b>3. Державна соціальна допомога особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю:</b> |                        |
| Допомога особам з інвалідністю з дитинства I групи   |                        |

|  |  |
|--|--|
| Допомога особам з інвалідністю з дитинства II групи  |  |
| Допомога особам з інвалідністю з дитинства III групи   |  |
| Допомога на дітей з інвалідністю віком до 18 років   |  |
| Надбавка на догляд за особою з інвалідністю з дитинства підгрупи А I групи   |  |
| Надбавка на догляд за особою з інвалідністю з дитинства підгрупи Б I групи   |  |
| Надбавка на догляд за одиницею особами з інвалідністю з дитинства II і III груп, які за висновком лікарсько-консультативної комісії закладу охорони здоров'я потребують постійного стороннього догляду   |  |
| Надбавка на догляд за дитиною з інвалідністю віком до 6 років  |  |
| Надбавка на догляд за дитиною з інвалідністю віком від 6 до 18 років   |  |
| <b>4. Державна соціальна допомога особам, які не мають права на пенсію, та особам з інвалідністю:</b>  |  |
| Допомога особам з інвалідністю I групи   |  |
| Допомога особам з інвалідністю II групи  |  |
| Допомога особам з інвалідністю III групи   |  |
| Допомога жінкам, яким присвоєно звання України «Мати-героїня»  |  |
| Допомога священнослужителям, церковнослужителям  |  |
| Допомога особам, які досягли віку, що дає право на призначення допомоги  |  |
| Допомога дитині померлого годувальника   |  |
| Допомога на догляд одиницею малозабезпеченим особам, які за висновком лікарсько-консультативної комісії закладу охорони здоров'я потребують постійного стороннього догляду (крім осіб з інвалідністю I групи)  |  |
| Допомога на догляд малозабезпеченим особам з інвалідністю підгрупи А I групи   |  |
| Допомога на догляд малозабезпеченим особам з інвалідністю підгрупи Б I групи   |  |
| Допомога на догляд одиницею особам, які досягли 80-річного віку та за висновком лікарсько-консультативної комісії закладу охорони здоров'я потребують постійного стороннього догляду (крім осіб з інвалідністю внаслідок війни)  |  |
| <b>5. Компенсаційні виплати та допомога громадянам, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи:</b>   |  |
| Одноразова компенсація учасникам ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС, які стали особами з інвалідністю внаслідок Чорнобильської катастрофи   |  |
| Одноразова компенсація дітям, які стали особами з інвалідністю внаслідок Чорнобильської катастрофи   |  |
| Одноразова компенсація сім'ям, які втратили годувальника із числа осіб, віднесених до учасників ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС, смерть яких пов'язана з Чорнобильською катастрофою  |  |
| Щорічна допомога на оздоровлення   |  |
| Грошова компенсація замість путівки  |  |
| Компенсація проїзду один раз на рік до будь-якого населеного пункту України і назад автомобільним, або повітряним, або залізничним, або водним транспортом особам, віднесеним до категорій 1 та 2 постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи   |  |
| Компенсація 50 (25) відсотків вартості продуктів харчування за медичними (фізіологічними) нормами, встановленими Міністерством охорони здоров'я України, громадянам, віднесеним до категорій 1 та 2 постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи   |  |
| Щомісячна грошова компенсація на дітей, які не харчуються в закладах освіти, розташованих на території радіоактивного забруднення, та дітей, які є особами з інвалідністю внаслідок Чорнобильської катастрофи і не харчуються в закладах освіти, у тому числі за дні, в які вони не відвідували ці заклади |  |
| <b>6. Тимчасова державна допомога дітям, батьки яких ухиляються від сплати аліментів, не мають можливості утримувати дитину або місце проживання їх невідоме</b>   |  |
| <b>7. Соціальна допомога на дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, грошове забезпечення батькам-вихователям і прийомним батькам</b>   |  |
| <b>8. Допомога на догляд</b> (щомісячна грошова допомога особі, яка проживає разом з особою з інвалідністю I чи II групи внаслідок психічного розладу, яка за висновком лікарської комісії медичного закладу потребує постійного стороннього догляду, на догляд за нею)                                    |  |
| <b>9. Компенсаційна виплата особі, яка здійснює догляд за особою з інвалідністю I групи або особою, яка досягла 80-річного віку</b>  |  |
| <b>10. Грошова компенсація замість санаторно-курортної путівки</b>   |  |
| <b>11. Компенсація вартості самостійного санаторно-курортного лікування</b>  |  |
| <b>12. Одноразова винагорода жінці, якій присвоєно почесне звання України «Мати-героїня»</b>   |  |
| <b>13. Одноразова матеріальна допомога особі, яка постраждала від торгівлі людьми</b>  |  |
| <b>14. Допомога на поховання</b>   |  |
| <b>15. Тимчасова державна соціальна допомога непрацюючій особі, яка досягла загального пенсійного віку, але не набула права на пенсійну виплату</b>  |  |
| <b>16. Допомога на дітей, які виховуються у багатодітних сім'ях</b>  |  |

До заяви відповідно до законодавства додаю \_\_\_\_\_ документів на \_\_\_\_\_ аркушах.  
У разі призначення / проведення перерахун-ку соціальної допомоги / компенсації (підкреслити потрібне)  
прошу виплатити кошти:

через організацію, яка здійснює виплату і доставку пенсій та грошової допомоги за місцем фактичного проживання

\_\_\_\_\_ (найменування організації)

на рахунок у банку

\_\_\_\_\_ (назва банку, номер рахунка (за стандартом IBAN))

на особовий рахунок будинку-інтернату, установи (закладу), де особа з інвалідністю з дитинства або дитина з інвалідністю перебуває на повному державному утриманні, у банку

\_\_\_\_\_ (назва банку, номер рахунка (за стандартом IBAN))

Підтверджую відсутність змін у складі сім'ї (при повторному зверненні).

Усвідомлюю, що надані мною відомості про доходи та майно, що вплинули або могли вплинути на прийняте рішення щодо призначення / перерахунку соціальної допомоги / компенсації, будуть перевірені згідно із законодавством України.

Мене поінформовано про те, що в разі зміни обставин, які можуть вплинути на отримання мною соціальної допомоги / компенсації, я повинен / повинна повідомити про це орган соціального захисту населення.

Про відмову у призначенні / про припинення виплати призначеної соціальної допомоги / компенсації та / або про повернення надміру виплачених коштів у разі подання неповних чи недостовірних відомостей про доходи та майновий стан сім'ї мене попереджено.

\_\_\_\_\_ (підпис)

\_\_\_\_\_ (дата)

Інформація, яка повідомляється одинокою матір'ю (зазначити необхідне)

|   | Перебувала | Не перебувала | Перебуваю |
|---|------------|---------------|-----------|
| 1. У шлюбі  |            |               |           |
| 2. З особою, від якої маю дитину  | Проживаю   | Не проживаю   |           |
| 3. Пенсію в разі втрати годувальника або соціальну пенсію (заповнюють лише вдови, вдівці) | Отримую    | Не отримую    |           |

Інформація щодо призначення пенсії в разі втрати годувальника, яка повідомляється одержувачем державної соціальної допомоги, особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю

| Управління Пенсійного фонду, у якому перебуває на обліку одержувач допомоги | Номер пенсійної справи |
|---|------------------------|
|   |                        |

Інформація щодо отримання пенсій (допомоги) особою, за якою здійснюється догляд, яка повідомляється одержувачем компенсаційної виплати / допомоги по догляду

| Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності), адреса, орган, у якому перебуває на обліку одержувач пенсії (допомоги) (особа, за якою здійснюється догляд) | Номер пенсійної справи |
|---|------------------------|
|   |                        |

Якщо прийняття рішення щодо призначення / перерахунку допомоги потребуватиме окремого рішення місцевого органу виконавчої влади / органу місцевого самоврядування, прошу подати / не подавати мою заяву на розгляд місцевому органу виконавчої влади / органу місцевого самоврядування (потрібне підкреслити):

\_\_\_\_\_ (підпис заявника / уповноваженого представника)

\_\_\_\_\_ (дата)

**Заповнюється працівником управління соціального захисту населення / виконавчого органу сільської, селищної, міської ради, військової адміністрації / центру надання адміністративних послуг**  
Відомості з паспорта та поданих документів звірено.

Заяву та документи на \_\_\_\_\_ аркушах прийнято \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ р. та зареєстровано за № \_\_\_\_\_  
Для розгляду заяви необхідно додати до \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. такі документи:

**Ознайомився(лась)**

\_\_\_\_\_ (посада працівника)

\_\_\_\_\_ (прізвище та підпис)

\_\_\_\_\_ (підпис заявника/  
уповноваженого  
представника)