

**БУЧАНСЬКА МІСЬКА РАДА**

|  |
| --- |
| **ВИКОНАВЧИЙ КОМІТЕТ** |

**(ПОЗАЧЕРГОВЕ ЗАСІДАННЯ)**

**РІШЕННЯ**

**04.02.2025 № 307**

**Про внесення змін до рішення**

**виконавчого комітету Бучанської**

**міської ради від 05.01.2024 № 169**

**«Про організацію надання соціальних**

**послуг** **комунальним некомерційним**

**підприємством «Бучанський центр**

**соціальних послуг та психологічної**

**допомоги» Бучанської міської ради**

**в умовах воєнного стану**

Розглянувши пропозицію директора комунального некомерційного підприємства «Бучанський центр соціальних послуг та психологічної допомоги» Бучанської міської ради, Олени РЕНЧКИ, щодо внесення змін до рішення виконавчого комітету Бучанської міської ради від 05.01.2024 № 169 «Про організацію надання соціальних послуг комунальним некомерційним підприємством «Бучанський центр соціальних послуг та психологічної допомоги» Бучанської міської ради в умовах воєнного стану», відповідно до Указу Президента України від 24 лютого 2022 року № 64/2022 "Про введення воєнного стану в Україні", керуючись Законом України «Про соціальні послуги», постановами Кабінету Міністрів України «Про організацію надання соціальних послуг» від 01.06.2020 року №587, рішенням Бучанської міської ради від 01.06.2023 року № 3509-44–VIII «Про створення комунального некомерційного підприємства «Бучанський центр соціальних послуг та психологічної допомоги» Бучанської міської ради зі змінами, Законом України «Про місцеве самоврядування в Україні», виконавчий комітет Бучанської міської ради

ВИРІШИВ:

1. Внести зміни до рішення виконавчого комітету Бучанської міської ради від 05.01.2024 № 169 «Про організацію надання соціальних послуг комунальним некомерційним підприємством «Бучанський центр соціальних послуг та психологічної допомоги» Бучанської міської ради в умовах воєнного стану», а саме:
   1. Викласти форму зразків заяви про надання соціальних послуг в новій редакції, згідно додатку 1.
2. Контроль за виконанням даного рішення покласти на заступника міського голови Аліну Саранюк.

**Міський голова**  **Анатолій ФЕДОРУК**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Заступник міського голови** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*Особистий підпис* )  \_\_\_\_\_\_\_  *(дата)* | Дмитро ЧЕЙЧУК |
| **Керуючий справами** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*Особистий підпис* )  \_\_\_\_\_\_\_  *(дата)* | Дмитро ГАПЧЕНКО |
| **Начальник управління юридично-кадрової роботи** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*Особистий підпис* )  \_\_\_\_\_\_\_  *(дата)* | Людмила РИЖЕНКО |
| **Начальник Управління соціальної політики** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*Особистий підпис* )  \_\_\_\_\_\_\_  *(дата)* | Ірина ПАСІЧНА |
| **Директор КНП**  **«Бучанський центр соціальних послуг та психологічної допомоги»** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*Особистий підпис* )  \_\_\_\_\_\_\_  *(дата)* | Олена РЕНЧКА |

Додаток 1 до рішення № \_\_\_\_\_\_ виконавчого комітету Бучанської міської ради від 04.02.2025 р.

Директору КНП «Бучанський центр соціальних послуг та

психологічної допомоги» Бучанської міської ради

Олені РЕНЧЦІ

від \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Дата народження \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Місце проживання / перебування \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Номер телефону \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ, що посвідчує особу: серія (за наявності) та номер

Паспорта громадянина України(ID-картка)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ким та коли виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Унікальний номер запису в Єдиному державному демографічном

реєстрі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер посвідки на постійне проживання, посвідки на тимчасове

проживання, посвідчення біженця, посвідчення про взяття на

облік бездомної особи (необхідне підкреслити)

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

Ким та коли видана(не) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Дата закінчення (продовження) строку дії посвідки/ посвідчення

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

Реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія

(за наявності) та номер паспорта громадянина України (ID-картка)

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

Зареєстроване місце проживання \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**ЗАЯВА  
про надання повнолітній особі соціальних послуг**

**екстрено (кризово)  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(дата реєстрації заяви)

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

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

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

дата народження «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ рік,

наявність інвалідності \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,



(група інвалідності, строк встановлення групи інвалідності)

який (яка) проживає / перебуває за адресою: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

зареєстрованого(ї) за адресою: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

безоплатно соціальну(і) послугу(и):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | інформування |  |
| 2 | догляд вдома |  |
| 3 | соціальний супровід сімей / осіб, які перебувають у складних життєвих обставинах |  |
| 4 | консультування |  |
| 5 | представництво інтересів |  |
| 6 | натуральна допомога (надання продуктів харчування, предметів і засобів особистої гігієни, санітарно – гігієнічних засобів та засобів догляду та інших предметів першої необхідності) |  |
| 7 | Транспортна послуга (перевезення маломобільних верств населення до об’єктів соціальної інфраструктури) |  |

До заяви відповідно до законодавства додано \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ документів на \_\_\_\_\_аркушах.

З умовами та порядком надання соціальних послуг на період введення воєнного стану, та припинення їх надання, ознайомлена (ий).

Зобов'язуюсь повідомляти про зміни обставин, які можуть вплинути на надання мені/моєму (їй) синові (доньці) / моїй сім'ї / підопічному (ій) соціальних послуг.

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.

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

(дата заповнення) (підпис)

|  |
| --- |
| ***Заповнюється відповідальною КНП «Бучанський центр соціальних послуг та психологічної допомоги» Бучанської міської ради***  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** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Ознайомився** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище та підпис (прізвище, ім’я, по батькові (за наявності) заявника / законного  відповідальної особи) представника / уповноваженого представника сім’ї) |

|  |
| --- |
| ***Заповнюється відповідальною КНП «Бучанський центр соціальних послуг та психологічної допомоги» Бучанської міської ради***  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**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Ознайомився** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище та підпис (прізвище, ім’я, по батькові (за наявності) заявника / законного  відповідальної особи) представника / уповноваженого представника сім’ї) |

**Керуючий справами Дмитро ГАПЧЕНКО**

**Директор комунального**

**некомерційного підприємства**

**«Бучанський центр соціальних**

**послуг та психологічної допомоги» Олена РЕНЧКА**