

**Заповнюється: заявником (уповноваженим представником сім'ї) власником, співвласником (наймачем) житла**

До органу праці та соціального захисту населення \_\_\_\_\_

від \_\_\_\_\_,

проживаю (zareєстрований) за адресою: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, контактний телефон \_\_\_\_\_

Користуюсь пільгами з оплати житлово-комунальних послуг  
 (категорія) \_\_\_\_\_ | Відсоток: \_\_\_\_\_ %

паспорт: серія \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, виданий \_\_\_\_\_  
 " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

ідентифікаційний № \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

**Заява  
 про призначення усіх видів соціальної допомоги**

| Прошу призначити /перерахувати /  | Призначити |          | Перерахувати |
|---|------------|----------|--------------|
|   | уперше     | повторно |              |
| <b>Державну допомогу сім'ям з дітьми, а саме:</b>   |            |          |              |
| допомогу у зв'язку з вагітністю та пологами   |            |          |              |
| одноразову допомогу при народженні дитини   |            |          |              |
| допомогу по догляду за дитиною до досягнення нею трирічного віку  |            |          |              |
| допомогу на дітей, які перебувають під опікою чи піклуванням  |            |          |              |
| допомогу на дітей одиницями матерям   |            |          |              |
| <b>Державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам, а саме:</b>  |            |          |              |
| допомогу інвалідам з дитинства I групи  |            |          |              |
| допомогу інвалідам з дитинства II групи   |            |          |              |
| допомогу інвалідам з дитинства III групи  |            |          |              |
| допомогу на дітей-інвалідів віком до 18 років   |            |          |              |
| надбавку на догляд за інвалідом з дитинства I групи   |            |          |              |
| надбавку на догляд за інвалідом з дитинства II групи  |            |          |              |
| надбавку на догляд за інвалідом з дитинства III групи   |            |          |              |
| надбавку на догляд за дитиною-інвалідом віком до 6 років  |            |          |              |
| надбавку на догляд за дитиною-інвалідом від 6 до 18 років   |            |          |              |
| Допомогу на догляд (щомісячну грошову допомогу малозабезпеченій особі, яка проживає разом з інвалідом I чи II групи внаслідок психічного розладу, який за висновком лікарської комісії медичного закладу потребує постійного стороннього догляду, на догляд за ним) |            |          |              |
| <b>Державну соціальну допомогу малозабезпеченим сім'ям</b>  |            |          |              |
| Субсидію для відшкодування витрат на оплату житлово-комунальних послуг  |            |          |              |
| Субсидію на придбання скрапленого газу, твердого та рідкого пічного побутового палива та оплату житлово-комунальних послуг  |            |          |              |
| Допомогу на поховання   |            |          |              |
| Тимчасову державну допомогу дітям   |            |          |              |
| Соціальну допомогу особам, які не мають права на пенсію, та інвалідам   |            |          |              |
| Соціальну допомогу на дітей-сиріт та дітей, позбавлених   |            |          |              |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| батьківського піклування, грошове забезпечення батькам-вихователям і прийомним батькам |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**I. До заяви додаються:**

| Назва документа  | Кількість аркушів |
|--|-------------------|
| Документи, які передбачені відповідними актами законодавства |                   |
|  |                   |
|  |                   |
|  |                   |
| <b>УСЬОГО</b>  |                   |
|  |                   |

Прошу в разі призначення допомоги кошти готівкою перераховувати

через державне підприємство зв'язку N \_\_\_\_\_

на особовий рахунок N \_\_\_\_\_ МФО \_\_\_\_\_ код \_\_\_\_\_

банк \_\_\_\_\_

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

N \_\_\_\_\_ МФО \_\_\_\_\_ код \_\_\_\_\_

банк \_\_\_\_\_

*Підтверджую відсутність заборгованості з платежів за житлово-комунальні послуги, змін у складі сім'ї та в характеристиці житла (при повторному зверненні).*

*Я та члени моєї сім'ї даємо згоду на збір інформації про сім'ю, доходи, власність та майно, що необхідна для отримання всіх видів соціальної допомоги, зазначених мною у заяві.*

*Я усвідомлюю, що наведені мною відомості про доходи та майно, що вплинули або могли вплинути на встановлення права на соціальну допомогу та на визначення її розміру, будуть перевірені згідно з чинним законодавством України.*

*Про відмову в призначенні або припинення виплати призначеної соціальної допомоги (повернення надміру нарахованих коштів) у разі подання неповних чи недостовірних відомостей про доходи та майновий стан сім'ї мене попереджено.*

*У даний час я не працюю, не навчаюсь, не служу, підприємницькою діяльністю не займаюсь (необхідне підкреслити).*

*У зв'язку з цим мене повідомлено, що в разі працевлаштування впродовж терміну призначення допомоги по догляду за дитиною до досягнення нею трирічного віку, державної соціальної допомоги інвалідам з дитинства, зміни права на призначення надбавки на догляд, а також у разі змін у складі сім'ї (укладення шлюбу, усиновлення дитини, влаштування на повне державне утримання тощо) відповідно до Законів України "Про державну допомогу сім'ям з дітьми" та "Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам" я зобов'язуюсь повідомити органи праці та соціального захисту населення.*

**Додаткова інформація, яка повідомляється одинокою матір'ю  
(підкреслити необхідне)**

|   |            |                  |           |
|---|------------|------------------|-----------|
| 1. У шлюбі  | Перебувала | Не перебувала(ю) | Перебуваю |
| 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, яка повідомляється одержувачем державної соціальної допомоги інвалідам з дитинства та на дитину-інваліда щодо призначення пенсії в разі втрати годувальника

-----  
(де перебуваю на обліку, номер пенсійної справи)

\_\_\_\_\_ (підпис заявника, уповноваженого представника сім'ї /власника, співвласника /наймача/ житла) \_\_\_\_\_ (дата)

**II. Комунальні послуги, якими користується сім'я** (дані про фактичне використання житлово-комунальних послуг \*)

|   | Газопостачання | Холодне водопостачання | Гаряче водопостачання | Опалення | Електроенергія | Примітки |
|---|----------------|------------------------|-----------------------|----------|----------------|----------|
| № особового рахунку                                 | N_____         | N_____                 | N_____                | N_____   | N_____         | N_____   |
| Назва та адреса житлово-експлуатаційної організації |                |                        |                       |          |                |          |
| Січень  |                |                        |                       |          |                |          |
| Лютий   |                |                        |                       |          |                |          |
| Березень  |                |                        |                       |          |                |          |
| Квітень   |                |                        |                       |          |                |          |
| Травень   |                |                        |                       |          |                |          |
| Червень   |                |                        |                       |          |                |          |
| Липень  |                |                        |                       |          |                |          |
| Серпень   |                |                        |                       |          |                |          |
| Вересень  |                |                        |                       |          |                |          |
| Жовтень   |                |                        |                       |          |                |          |
| Листопад  |                |                        |                       |          |                |          |
| Грудень   |                |                        |                       |          |                |          |

Плита: газова

Електрична

Колонка

Вивезення побутового сміття та рідких нечистот

Скраплений газ

Рідке пічне побутове паливо

Тверде пічне побутове паливо

Природний газ (електроенергія) для опалення

**Наявність заборгованості з платежів за житлово-комунальні послуги**

Маю заборгованість у сумі \_\_\_\_\_ грн

Угоду про погашення заборгованості № \_\_\_\_\_

від \_\_\_\_\_ укладено до \_\_\_\_\_

терміном на \_\_\_\_\_ місяців

з \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (назва відповідних житлово-експлуатаційних організацій)

\* Зазначається у разі наявності засобів обліку на підставі пред'явлених розрахункових книжок, квитанцій або аналогічних документів про фактичну оплату житлово-комунальних послуг за попередній період.

\_\_\_\_\_ (підпис заявника власника, співвласника(наймача) житла)

✂ \_\_\_\_\_

**Заповнюється відповідальною особою управління праці та соціального захисту населення**

Відомості з паспорта та поданих документів звірені.

Заяву та документи на \_\_\_\_\_ аркушах прийнято "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. та зареєстровано під N \_\_\_\_\_.

**Для розгляду заяви необхідно додати до "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. такі документи:**

\_\_\_\_\_ "Ознайомився" \_\_\_\_\_

(прізвище та підпис відповідальної особи)

(підпис заявника, уповноваженого представника сім'ї/ власника, співвласника /наймача/ житла, кооперативу)

✂ \_\_\_\_\_

**Заповнюється відповідальною особою управління праці та соціального захисту населення**

| <b>III. Потребує рішення місцевих органів виконавчої влади /місцевого самоврядування або утвореної ними комісії</b>  |                               |                        |
|--|-------------------------------|------------------------|
| <b>Підстава для розгляду</b>   |                               | <b>Примітка</b>        |
| Призначення субсидії незалежно від загальної площі житла   |                               |                        |
| Якщо працездатні громадяни працездатного віку не працювали, не служили, не навчалися протягом трьох місяців, що передують місяцю звернення   |                               |                        |
| Призначення субсидії особі, яка не є власником (наймачем) житла  |                               |                        |
| Повторне звернення за призначенням субсидії, державної соціальної допомоги при відсутності доходів, за наявності доходів менше, ніж мінімальна заробітна плата (для соціальної допомоги) та за наявності доходів менше, ніж неоподаткований мінімум доходу громадян (для субсидій)   |                               |                        |
| Подовження терміну погашення заборгованості з платежів за житлово-комунальні послуги   |                               |                        |
| У разі наявності умов, зазначених у пункті 5 Положення про порядок призначення та надання населенню субсидій для відшкодування витрат на оплату житлово-комунальних послуг, придбання скрапленого газу, твердого та рідкого пічного побутового палива, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 21 жовтня 1995 року N 848 (у редакції постанови Кабінету Міністрів України від 22 вересня 1997 року N 1050, далі - Положення) |                               |                        |
| У разі наявності умов, зазначених у пункті 10 Порядку призначення і виплати державної соціальної допомоги малозабезпеченим сім'ям, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 24 лютого 2003 року N 250   |                               |                        |
| <b>IV. Потребує обстеження (матеріально-побутових умов) сім'ї</b>  |                               |                        |
| <b>Підстави</b>  | <b>Рішення про проведення</b> | <b>Дата проведення</b> |
| У разі наявності умов, зазначених у пунктах 4, 10, 11 Порядку призначення і виплати державної соціальної допомоги малозабезпеченим сім'ям  |                               |                        |
| Для підтвердження факту догляду за інвалідом I або II групи внаслідок психічного розладу   |                               |                        |
| Для призначення субсидій у випадках, передбачених Положенням   |                               |                        |
|  |                               |                        |

**"Ознайомився"**

\_\_\_\_\_ (прізвище та підпис відповідальної особи)

\_\_\_\_\_ (підпис заявника, уповноваженого представника сім'ї/ власника, співвласника /наймача/ житла, кооперативу)

Заступник директора  
Департаменту державного  
соціального захисту населення

I. Поліщук

✍

**Заповнюється відповідальною особою управління праці та соціального захисту населення**

Відомості з паспорта та поданих документів звірені.

Заяву та документи на \_\_\_\_\_ аркушах прийнято "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_ 200\_ р. та зареєстровано під N \_\_\_\_\_.

**Для розгляду заяви необхідно додати до "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_ 200\_ р. такі документи:** \_\_\_\_\_

**"Ознайомився"**

\_\_\_\_\_ (прізвище та підпис відповідальної особи)

\_\_\_\_\_ (підпис заявника, уповноваженого представника сім'ї/ власника, співвласника /наймача/ житла, кооперативу)