

 **УКРАЇНА**

**ХМІЛЬНИЦЬКА МІСЬКА РАДА**

**Вінницької області**

**Виконавчий комітет**

**Р І Ш Е Н Н Я**

**проект**

Від « » 2023 р. №

Про внесення змін та доповнень до рішення виконавчого комітету

Хмільницької міської ради від 21.10.2020р. №360

«Про затвердження інформаційних і технологічних карток

адміністративних послуг,що надаються через Центр

надання адміністративних послуг у м. Хмільнику» (зі змінами)

# Відповідно до рішень 48 сесії міської ради 8 скликання від 06.10.2023р. № 2068 «Про затвердження Порядків використання коштів місцевого бюджету, передбачених на фінансування заходів комплексної програми «Добро» на 2024-2028рр.», та №2069 «Про затвердження Порядків використання коштів місцевого бюджету, передбачених на фінансування заходів комплексної Програми підтримки Захисників і Захисниць України та членів їх сімей у Хмільницькій міській ТГ на 2024-2028рр.», ст. ст. 8, 12 Закону України "Про адміністративні послуги", керуючись п.п.4 п. б ст.ст. 27, 59 Закону України “Про місцеве самоврядування в Україні”, виконавчий комітет Хмільницької міської ради:

**ВИРІШИВ**:

1. Внести зміни до рішення виконавчого комітету Хмільницької міської ради від 21.10.2020р. № 360 «Про затвердження інформаційних і технологічних карток адміністративних послуг, що надаються через Центр надання адміністративних послуг у м. Хмільнику» (зі змінами), а саме:
	1. Затвердити з 01 січня 2024 року інформаційні картки адміністративних послуг, що надаються через Управління «Центр надання адміністративних послуг» Хмільницької міської ради, суб’єктом надання яких є Управління праці та соціального захисту населення Хмільницької міської ради та посадові особи *(додаток 149)* в новій редакції згідно з Додатком 1 до цього рішення.
	2. Затвердити з 01 січня 2024 року інформаційну картки адміністративної послуги, що надається через Управління «Центр надання адміністративних послуг» Хмільницької міської ради, суб’єктом надання яких є Управління праці та соціального захисту населення Хмільницької міської ради та посадові особи *(додаток 150)* в новій редакції згідно з Додатком 2 до цього рішення.
2. Вважати такими, що з 01 січня 2024 року втратили чинність *додаток149,* затверджений рішенням виконавчого комітету від 15.07.2021 року № 363 «Про внесення змін до рішення виконавчого комітету від 21.10.2020р. № 360 «Про затвердження інформаційних і технологічних карток адміністративних послуг, що надаються через Центр надання адміністративних послуг у м. Хмільнику» ( зі змінами)», та *додаток 150,* затверджений рішенням виконавчого комітету від 27.10.2023 року № 639 «Про внесення змін до рішення виконавчого комітету від 21.10.2020р. № 360 «Про затвердження інформаційних і технологічних карток адміністративних послуг, що надаються через Центр надання адміністративних послуг у м. Хмільнику» (зі змінами)» .
3. Завідувачу сектору інформаційних технологій та електронного урядування Хмільницької міської ради (О.Долєвичу) розмістити актуальні інформаційні картки адміністративної послуги, зазначені в пункті 1 цього рішення, на офіційному веб сайті Хмільницької міської ради, начальнику управління «Центр надання адміністративних послуг» Хмільницької міської ради (А.Підгурському) – у місцях здійснення прийому суб’єктів звернень.
4. Загальному відділу Хмільницької міської ради у документах постійного зберігання зазначити факт, підставу внесення змін та втрати чинності відповідного додатку, зазначеного у п.1-2 цього рішення.
5. Контроль за виконанням цього рішення покласти на керуючого справами виконкому міської ради Маташа С.П.

**Міський голова Микола ЮРЧИШИН**

Додаток № 1

до рішення виконавчого комітету

Хмільницької міської ради

№ від « » 2023 р.

**ІНФОРМАЦІЙНА КАРТКА**

***Надання одноразової матеріальної допомоги згідно комплексної програми «Добро»***

***на 2024 -2028рр.***

**Хмільницька міська рада Вінницької області**

 (найменування суб‘єкта надання адміністративної послуги)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Інформація про УПСЗН міської радиІнформація про ЦНАП  | **Управління праці та соціального захисту населення Хмільницької міської ради****Адреса:** 2 провул. Чорновола В’ячеслава, буд.8, м. Хмільник, Вінницької області, 22000.**Тел./факс:** (04338) 2-23-71, 2-26-56**Веб-сайт:**<https://rada.ekhmilnyk.gov.ua/>**Електронна пошта:** **socprotect\_hm@ukr.net****Графік роботи:** Понеділок, вівторок, середа, четвер з 08.00 по 17.00Перерва для санітарної обробки : з 12.00 по 12.45**Години прийому суб’єктів звернення:**Понеділок, вівторок, середа, четвер з 08.00 по 16.00Перерва для санітарної обробки: з 12.00 по 12.45**Субота, неділя , святкові дні – вихідні дні.****Управління «Центр надання адміністративних послуг» Хмільницької міської ради****Адреса:** вул. Столярчука, буд.10, м. Хмільник, Вінницької області, 22000.**Тел./факс:** (04338) 2-20-85**Веб-сайт:** <https://rada.ekhmilnyk.gov.ua/>**Електронна пошта:** **admincentr\_hm@ukr.net****Графікроботи**  **Управління «Центр надання адміністративних послуг» Хмільницької міської ради:**Понеділок – четвер: з 08.00 год до 17.00 годП'ятниця: 08.00 год до 15.45 год**Час прийому суб'єктів звернень:**понеділок - четвер з 08.00 год до 15.30 год, без перерви;– п’ятниця з 08.00 год до 14.45 год, без перерви;**Вихідні дні: субота, неділя, святкові та неробочі дні** |
| 2. | Перелік документів, необхідних для надання послуги, та вимоги до них | 1. ***Надання одноразової матеріальної допомоги громадянам, які зареєстровані та постійно проживають на території населених пунктів, що входять до складу Хмільницької міської ТГ, на підставі наступного переліку документів:***
	1. ***внаслідок важкого захворювання:***
* заява громадянина на ім’я міського голови встановленої форми (Додаток 1), у випадку, необхідності лікування неповнолітньої дитини, з заявою на ім’я міського голови можуть звертатись мати/батько або законний представник дитини, який додає свідоцтво про народження дитини або копію рішення про опіку;
* декларація про доходи і майно встановленої форми (Додаток 2);
* ксерокопія паспорта заявника (сторінки 1-4) або ксерокопія паспорта заявника у вигляді ID-картки, а також копія витягу з реєстру територіальної громади або витягу з єдиного державного реєстру, де зазначені відомості про реєстрацію місця проживання, завірені належним чином заявником;
* ксерокопія довідки заявника про присвоєння ідентифікаційного номера, завірена належним чином заявником;
* ксерокопія довідки МСЕК, завірена належним чином заявником (у разі наявності групи інвалідності);
* витяг про зареєстрованих у житловому приміщенні/будинку осіб. У разі неможливості отримання вищезазначеного витягу - довідка голови вуличного чи будинкового комітету, або довідка старости відповідного старостинського округу та ксерокопії витягів з реєстру територіальної громади заявника та осіб, які зареєстровані і проживають разом із заявником;
* довідки про доходи заявника та осіб, які зареєстровані і проживають разом із заявником, за останні 6 місяців, що передують місяцю звернення (за виключенням довідок про пенсію за віком або по інвалідності в разі, отримання пенсії через відділ обслуговування громадян №18 (сервісний центр) Управління обслуговування громадян Головного управління Пенсійного фонду України у Вінницькій області);
* довідка про розмір пенсії заявника та осіб, які зареєстровані і проживають разом із заявником, і які отримують пенсію в управлінні пенсійного забезпечення військовослужбовців та деяких інших категорій громадян Головного управління Пенсійного фонду України у Вінницькій області, за останні шість місяців, що передують місяцю звернення;
* копія трудової книжки з пред’явленням оригіналу (1 і остання сторінки) – для осіб, працездатного віку, що не працюють, завірені належним чином заявником;
* довідка медичної установи, видана в установленому порядку в місяці звернення громадянина за наданням матеріальної допомоги, (в разі амбулаторного лікування, в довідці обов’язково має бути зазначено, що на лікування захворювання, безоплатно і на пільгових умовах відпускаються/не відпускаються лікарські засоби (не стосується операцій та онкології));
* копія заключення профільних медичних закладів щодо необхідності проведення оперативного втручання або копія направлення на проведення операції (у разі надання матеріальної допомоги на проведення операції);
* заява/довідка про реквізити соціального банківського рахунку, відкритого на ім’я заявника (у разі не надання реквізитів соціального банківського рахунку виплата проводиться через відділення поштового зв’язку АТ «Укрпошта»);
* довідка голови вуличного чи будинкового комітету або довідка старости відповідного старостинського округу лише в разі необхідності підтвердження факту проживання/не проживання заявника (та зареєстрованих з ним осіб) на території населених пунктів Хмільницької міської ТГ;
* акт обстеження, що здійснюється працівниками Управління або працівниками Територіального центру соціального обслуговування (надання соціальних послуг) Хмільницької міської ради, для підтвердження факту проживання заявника на території Хмільницької міської ТГ (у разі необхідності перевірки достовірності наданої заявником інформації).

***1.2. внаслідок стихійного лиха, пожежі, під час яких пошкоджено власне житлове приміщення:**** заява громадянина на ім’я міського голови встановленої форми (Додаток 1);
* декларація про доходи і майно встановленої форми (Додаток 2);
* ксерокопія паспорта заявника (сторінки 1-4) або ксерокопія паспорта заявника у вигляді ID-картки, а також копія витягу з реєстру територіальної громади або витягу з єдиного державного реєстру, де зазначені відомості про реєстрацію місця проживання, завірені належним чином заявником;
* ксерокопія довідки заявника про присвоєння ідентифікаційного номера, завірена належним чином заявником;
* витяг про зареєстрованих у житловому приміщенні/будинку осіб;
* довідки про доходи заявника та осіб, які зареєстровані і проживають разом із заявником, за останні 6 місяців, що передують місяцю звернення (за виключенням довідок про пенсію за віком або по інвалідності в разі, отримання пенсії через відділ обслуговування громадян №18 (сервісний центр) Управління обслуговування громадян Головного управління Пенсійного фонду України у Вінницькій області);
* довідка про розмір пенсії заявника та осіб, які зареєстровані і проживають разом із заявником, і які отримують пенсію в управлінні пенсійного забезпечення військовослужбовців та деяких інших категорій громадян Головного управління Пенсійного фонду України у Вінницькій області, за останні шість місяців, що передують місяцю звернення;
* довідка відповідних установ /поліції, пожежної частини, метеостанції тощо/, видана в установленому порядку, що підтверджує факт події;
* копія документів, що підтверджують право власності на житлове приміщення, яке пошкоджене;
* заява про реквізити соціального банківського рахунку, відкритого на ім’я заявника;
* довідка голови вуличного чи будинкового комітету або довідка старости відповідного старостинського округу лише в разі необхідності підтвердження факту проживання/не проживання заявника (та зареєстрованих з ним осіб) на території населених пунктів Хмільницької міської ТГ;
* акт обстеження наслідків пожежі/стихійного лиха, складений комісією, що утворена розпорядженням міського голови.

***1.3. внаслідок ускладнюючих обставин:**** заява громадянина на ім’я міського голови встановленої форми (Додаток 1);
* декларація про доходи і майно встановленої форми (Додаток 2);
* ксерокопія паспорта заявника (сторінки 1-4) або ксерокопія паспорта заявника у вигляді ID-картки, а також копія витягу з реєстру територіальної громади або витягу з єдиного державного реєстру, де зазначені відомості про реєстрацію місця проживання, завірені належним чином заявником;
* ксерокопія довідки заявника про присвоєння ідентифікаційного номера, завірена належним чином заявником;
* витяг про зареєстрованих у житловому приміщенні/будинку осіб. У разі неможливості отримання вищезазначеного витягу - довідка голови вуличного чи будинкового комітету, або довідка старости відповідного старостинського округу та ксерокопії витягів з реєстру територіальної громади заявника та осіб, які зареєстровані і проживають разом із заявником;
* довідки про доходи заявника та осіб, які зареєстровані і проживають разом із заявником, за останні 6 місяців, що передують місяцю звернення (пенсія, заробітна плата, стипендія, інші види доходів) (за виключенням довідок про пенсію за віком або по інвалідності в разі, отримання пенсії через відділ обслуговування громадян №18 (сервісний центр) Управління обслуговування громадян Головного управління Пенсійного фонду України у Вінницькій області);
* довідка про розмір пенсії заявника та осіб, які зареєстровані і проживають разом із заявником, і які отримують пенсію в управлінні пенсійного забезпечення військовослужбовців та деяких інших категорій громадян Головного управління Пенсійного фонду України у Вінницькій області, за останні шість місяців, що передують місяцю звернення;
* інші документи, які підтверджують складні життєві обставини та необхідність отримання матеріальної допомоги;
* заява про реквізити соціального банківського рахунку, відкритого на ім’я заявника;
* довідка голови вуличного чи будинкового комітету або довідка старости відповідного старостинського округу лише в разі необхідності підтвердження факту проживання/не проживання заявника (та зареєстрованих з ним осіб) на території населених пунктів Хмільницької міської ТГ;
* акт обстеження, що здійснюється працівниками Управління або працівниками Територіального центру соціального обслуговування (надання соціальних послуг) Хмільницької міської ради, для підтвердження факту проживання заявника на території Хмільницької міської ТГ (у разі необхідності перевірки достовірності наданої заявником інформації).

***2. Надання одноразової матеріальної допомоги громадянам, які зареєстровані або проживають на території населених пунктів, що входять до складу Хмільницької міської ТГ, на лікування вкрай складних захворювань та травм, як виняток, на підставі наступного переліку документів:**** заява громадянина на ім’я міського голови встановленої форми (Додаток 1), у випадку, необхідності лікування неповнолітньої дитини, з заявою на ім’я міського голови можуть звертатись мати/батько або законний представник дитини, який додає свідоцтво про народження дитини та копію рішення про опіку;
* декларація про доходи і майно встановленої форми (Додаток 2);
* ксерокопія паспорта заявника (сторінки 1-4) або ксерокопія паспорта заявника у вигляді ID-картки, а також копія витягу з реєстру територіальної громади або витягу з єдиного державного реєстру, де зазначені відомості про реєстрацію місця проживання, завірені належним чином заявником;
* ксерокопія довідки заявника про присвоєння ідентифікаційного номера, завірена належним чином заявником;
* витяг про зареєстрованих у житловому приміщенні/будинку осіб. У разі неможливості отримання вищезазначеного витягу - довідка голови вуличного чи будинкового комітету, або довідка старости відповідного старостинського округу та ксерокопії витягів з реєстру територіальної громади заявника та осіб, які зареєстровані і проживають разом із заявником;
* довідка про доходи заявника та осіб, які зареєстровані і проживають разом із заявником, за останні 6 місяців, що передують місяцю звернення (за виключенням довідок про пенсію за віком або по інвалідності в разі, отримання пенсії через відділ обслуговування громадян №18 (сервісний центр) Управління обслуговування громадян Головного управління Пенсійного фонду України у Вінницькій області);
* довідка про розмір пенсії заявника та осіб, які зареєстровані і проживають разом із заявником, і які отримують пенсію в управлінні пенсійного забезпечення військовослужбовців та деяких інших категорій громадян Головного управління Пенсійного фонду України у Вінницькій області, за останні шість місяців, що передують місяцю звернення;
* довідка медичної установи, видана в установленому порядку в місяці звернення громадянина за наданням матеріальної допомоги, копія заключення профільних медичних закладів щодо необхідності проведення оперативного втручання або копія направлення на проведення операції;
* заява про реквізити соціального банківського рахунку, відкритого на ім’я заявника;

- акт обстеження, що здійснюється працівниками Управління або працівниками Територіального центру соціального обслуговування (надання соціальних послуг) Хмільницької міської ради, для підтвердження факту проживання заявника на території Хмільницької міської ТГ (у разі необхідності перевірки достовірності наданої заявником інформації).***3. Надання одноразової матеріальної допомоги громадянам, які зареєстровані та постійно проживають на території населених пунктів Хмільницької міської ТГ, в яких народилось двоє або більше дітей одночасно, на підставі наступного переліку документів:**** заява матері/батька (заявника) на ім’я міського голови (Додаток 3);
* ксерокопія паспорта заявника (сторінки 1-4) або ксерокопія паспорта заявника у вигляді ID-картки, а також копія витягу з реєстру територіальної громади або витягу з єдиного державного реєстру, де зазначені відомості про реєстрацію місця проживання, завірені належним чином заявником;
* ксерокопія довідки заявника про присвоєння ідентифікаційного номера, завірена належним чином заявником;
* ксерокопії копії свідоцтв про народження дітей, завірені належним чином заявником;
* ксерокопія витягу з реєстру територіальної громади або витягу з єдиного державного реєстру, де зазначені відомості про реєстрацію місця проживання, дітей на території Хмільницької міської ТГ завірені належним чином заявником;
* заява про реквізити соціального банківського рахунку, відкритого на ім’я заявника.

**4. *Надання одноразової матеріальної допомоги внутрішньо переміщеним особам, які внесені до Єдиної інформаційної бази даних про внутрішньо переміщених осіб на території населених пунктів, які входять до складу Хмільницької міської ТГ на вирішення вкрай складних життєвих ситуацій, на підставі наступного переліку документів:**** заява громадянина на ім’я міського голови встановленої форми (Додаток 1), у випадку, необхідності лікування неповнолітньої дитини, з заявою на ім’я міського голови можуть звертатись мати/батько або законний представник дитини, який додає свідоцтво про народження дитини або копію рішення про опіку;
* декларація про доходи і майно встановленої форми (Додаток 2);
* ксерокопія паспорта заявника (сторінки 1-4) або ксерокопія паспорта заявника у вигляді ID-картки, а також копія витягу з реєстру територіальної громади або витягу з єдиного державного реєстру, де зазначені відомості про реєстрацію місця проживання, завірені належним чином заявником;
* ксерокопія довідки заявника про присвоєння ідентифікаційного номера, завірена належним чином заявником;
* ксерокопія довідки МСЕК, завірена належним чином заявником (у разі наявності групи інвалідності);
* довідка про доходи заявника та осіб, які проживають разом із заявником, за останні 6 місяців, що передують місяцю звернення (пенсії, допомоги, заробітна плата, стипендії, інші доходи);
* документи, які підтверджують складні життєві обставини та необхідність отримання матеріальної допомоги, зокрема довідка медичної установи, видана в установленому порядку в місяці звернення громадянина за наданням матеріальної допомоги, яка підтверджує необхідність надання такої допомоги та інше;
* копія довідки з пред’явленням оригіналу про взяття на облік внутрішньо переміщеної особи на території Хмільницької міської ТГ, дійсної на час звернення;
* заява про реквізити соціального банківського рахунку, відкритого на ім’я заявника;
* акт обстеження, що здійснюється працівниками Управління, для підтвердження факту проживання заявника на території Хмільницької міської ТГ.

***5. Надання допомоги на поховання відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України від 31.01.2007р. № 99 «Про затвердження Порядку надання допомоги на поховання деяких категорій осіб виконавцю волевиявлення померлого або особі, яка зобов’язалась поховати померлого», на підставі наступного переліку документів:**** заява громадянина на ім’я міського голови (Додаток 4);
* копія свідоцтва про смерть, завірена належним чином заявником;
* витяг з Державного реєстру актів цивільного стану громадян про смерть або довідка про смерть для отримання допомоги на поховання;
* ксерокопія паспорта заявника (сторінки 1-4) або ксерокопія паспорта заявника у вигляді ID-картки, а також копія витягу з реєстру територіальної громади або витягу з єдиного державного реєстру, де зазначені відомості про реєстрацію місця проживання, завірені належним чином заявником;
* ксерокопія довідки заявника про присвоєння ідентифікаційного номера, завірена належним чином заявником;
* заява про реквізити соціального банківського рахунку, відкритого на ім’я заявника;
* ксерокопія довідки померлого про присвоєння ідентифікаційного номера;
* копія трудової книжки з пред’явленням оригіналу (1 і остання сторінки) особи, що померла, завірені належним чином заявником;
* довідка голови вуличного чи будинкового комітету або довідка старости населених пунктів (сіл) про здійснення поховання заявником, завірена в Хмільницькій міській раді чи в відповідному старостинському окрузі;
* довідка з Центру зайнятості про те, що померла особа не перебувала на обліку як безробітна;
* довідка з Пенсійного фонду про те, що померла особа не є застрахованою в системі загальнообов’язкового соціального страхування;
* довідка з Пенсійного фонду про те, що померла особа не мала право на отримання пенсії;
* довідка (за потреби) з вищого або професійно-технічного закладу про те, що померла особа навчалася за денною формою навчання в даному закладі або довідку про те, що зазначена особа була аспірантом, докторантом, клінічним ординатором (якщо померлий не утримувався особою, застрахованою в системі загальнообов’язкового державного соціального страхування).

***6. Надання двічі на рік матеріальної підтримки мешканцям Хмільницької міської ТГ, які зареєстровані та постійно проживають на території населених пунктів Хмільницької міської ТГ, мають інвалідність 1 групи та постійно проходять гемодіаліз в м.Вінниці, на підставі наступного переліку документів.**** заява громадянина на ім’я міського голови (Додаток 5);
* медична довідка, видана в установленому порядку в місяці звернення громадянина за наданням матеріальної підтримки;
* копія довідки МСЕК про інвалідність І групи, завірена належним чином заявником;
* ксерокопія паспорта заявника (сторінки 1-4) або ксерокопія паспорта заявника у вигляді ID-картки, а також копія витягу з реєстру територіальної громади або витягу з єдиного державного реєстру, де зазначені відомості про реєстрацію місця проживання, завірені належним чином заявником;
* ксерокопія довідки заявника про присвоєння ідентифікаційного номера, завірена належним чином заявником;
* заява про реквізити соціального банківського рахунку, відкритого на ім’я заявника.

**Копії документів для всіх видів допомог та компенсацій, що надаються з пред’явленням оригіналу, звіряє, завіряє (за виключенням завірених заявником) особистим підписом з зазначенням прізвища та ініціалів відповідальний працівник (ЦНАПу, Управління), який приймає документи.** |
| 3.  | Оплата | Безоплатно |
| 4. | Результат надання послуги | 1. надання грошової допомоги2. Відмова внаданні допомоги:* повторне звернення протягом бюджетного року;
* неповний пакет документів;
* надання недостовірної інформації;
* неможливості, перешкоджання або відмови від проведення обстеження підтвердження факту проживання заявника на території населених пунктів Хмільницької міської ТГ;

- завершення бюджетного року, відсутність коштів.- отримання матеріальної допомоги на усунення наслідків стихійного лиха, пожежі, під час яких пошкоджено житлове приміщення будь ким із членів сім’ї заявника або кимось із осіб, які зареєстровані і фактично проживають разом із ним (стосується пп.1.2); * отримання відповідної матеріальної допомоги протягом календарного року будь ким із членів сім’ї заявника або кимось із осіб, які зареєстровані і фактично проживають разом із ним (стосується пп. 1.3);
* реєстрація місця проживання дітей за межами території Хмільницької міської ТГ (стосується п. 2).
 |
| 5.  | Строк надання послуги | 1 місяць |
| 6. | Спосіб отримання відповіді (результату) | 1. Особисто, в тому числі через представника за довіреністю (з посвідченням особи).
 |
| 7. | Акти законодавства щодо надання послуги | 1. Закон України «Про місцеве самоврядування в Україні»;
2. Постанова Кабінету Міністрів України від 31.01.2007р. №99 «Про затвердження Порядку надання допомоги на поховання деяких категорій осіб виконавцю волевиявлення, або особі, яка зобов’язалась поховати померлого» (зі змінами);
3. Рішення 48 сесії міської ради 8 скликання від 06.10.2023р. № 2068 «Про затвердження Порядків використання коштів місцевого бюджету, передбачених на фінансування заходів комплексної програми «Добро» на 2024-2028рр.»;
4. Рішення 45 сесії Хмільницької міської ради 8 скликання від 28.07.2023р. №1924 «Про затвердження комплексної програми «Добро» на 2024-2028 рр.» (зі змінами);
5. Фінансування видатків з місцевого бюджету здійснюється відповідно до Постанови КМУ від 09.06.2021р. № 590 «Про затвердження Порядку виконання повноважень Державною казначейською службою в особливому режимі в умовах воєнного стану» (зі змінами), Порядку казначейського обслуговування місцевих бюджетів, затвердженого наказом Міністерства фінансів України від 23.08.2012 року №938 (зі змінами),  Порядку реєстрації та обліку бюджетних зобов'язань розпорядників бюджетних коштів та одержувачів бюджетних коштів в органах Державної казначейської служби України, затвердженого наказом Мінфіну від 02.03.2012 року № 309 (зі змінами) та Порядку фінансування видатків бюджету Хмільницької міської територіальної громади, затвердженого рішенням виконавчого комітету Хмільницької міської ради від 25.03.2021 № 182 (зі змінами).
 |

**Керуючий справами виконкому**

**Хмільницької міської ради С. Маташ**

Додаток 1

до інформаційної картки адміністративної послуги

«Надання одноразової матеріальної допомоги

 згідно комплексної «Добро» на 2024-2028 рр.»

 **Міському голові**

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

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

 (прізвище, ім'я, по батькові заявника повністю)

 статус \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 зареєстрованого(ї) за адресою:

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

проживаючого(ї) за адресою:

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

 контактний тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**З А Я В А**

В зв’язку зі складними життєвими обставинами, спричиненими \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_прошу Вас надати матеріальну грошову допомогу на\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Я, а також особи, які зареєстровані разом зі мною:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Прізвище, ім’я та по батькові)
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Прізвище, ім’я та по батькові)
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Прізвище, ім’я та по батькові)
4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Прізвище, ім’я та по батькові)
5. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Прізвище, ім’я та по батькові)
6. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Прізвище, ім’я та по батькові)

даю (даємо) згоду на збір інформації про сім’ю, доходи, власність та майно, що необхідна для отримання матеріальної грошової допомоги, а також на обробку моїх (наших) персональних даних виконавчому комітету Хмільницької міської ради та управлінню праці та соціального захисту населення Хмільницької міської ради відповідно до вимог Закону України від 01.06.2010 року № 2297- VІ «Про захист персональних даних».

Маю повнолітніх дітей:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Прізвище, ім’я та по батькові, рік народження, ступінь родинного зв’язку, сімейний стан, кількість осіб на утриманні, місце роботи, посада, адреса проживання)

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

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Прізвище, ім’я та по батькові, рік народження, ступінь родинного зв’язку, сімейний стан, кількість осіб на утриманні, місце роботи, посада, адреса проживання)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Прізвище, ім’я та по батькові, рік народження, ступінь родинного зв’язку, сімейний стан, кількість осіб на утриманні, місце роботи, посада, адреса проживання)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Прізвище, ім’я та по батькові, рік народження, ступінь родинного зв’язку, сімейний стан, кількість осіб на утриманні, місце роботи, посада, адреса проживання)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_5. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Прізвище, ім’я та по батькові, рік народження, ступінь родинного зв’язку, сімейний стан, кількість осіб на утриманні, місце роботи, посада, адреса проживання)

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

До заяви додаю:

1. Ксерокопія паспорту (стор. 1,2, реєстрація), ідентифікаційного номеру.
2. Медична довідка про необхідність лікування (проведення операції).

інші підтверджуючі документи, вказати, які саме:

3.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 202 р. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (підпис)

Додаток 2

до інформаційної картки адміністративної послуги

«Надання одноразової матеріальної допомоги

 згідно комплексної «Добро» на 2024-2028 рр.»

**Д Е К Л А Р А Ц І Я**

**про доходи та майновий стан особи, яка потребує матеріальної грошової допомоги**

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

**2.** Місце проживання: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (населений пункт, вулиця, будинок, корпус, квартира)

**3.** **Громадяни, що фактично проживають у житловому приміщенні/будинку з особою, яка потребує матеріальної грошової допомоги**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Прізвище, ім'я, по батькові  | Родинний зв'язок | Рік народження  |
|    |    |    |
|    |    |    |
|    |    |    |
|    |    |    |
|    |    |    |
|    |    |    |
|    |    |    |
|    |    |    |
|   |   |   |

**4. Відомості про майно, що перебуває у власності, володінні чи користуванні сім'ї**

|  |  |
| --- | --- |
| ***1. Житлове приміщення, квартира (будинок)***  | Можливість отримання додаткових доходів  |
|  |  |
| Прізвище, ім'я, по батькові  | Характеристика житлового приміщення, квартири (будинку), площа , адреса | так  | ні  |
|    |    |    |    |
|    |    |    |    |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
| ***2. Земельні ділянки, паї***  | Можливість отримання додаткових доходів  |
| Власник (прізвище, ім'я, по батькові)  | Характеристика (площа, призначення)  | так  | ні  |
|    |    |    |    |
|    |    |    |    |
|    |    |    |    |
|    |    |    |    |
| ***3. Транспортні засоби***  | Можливість отримання додаткових доходів  |
| Транспортний засіб, робоча та силова машини  | Характеристика транспортного засобу, робочої та силової машини (марка)  | Рік випуску  | так  | ні  |
|    |    |    |    |    |
|    |    |    |    |    |
|    |    |    |    |    |
|    |    |    |    |    |
|    |    |    |    |    |

**5. Дані про види та суми доходів особи на, яку надаватиметься матеріальна допомога та всіх членів домогосподарства, які фактично проживають з нею за останні шість місяців, що передують місяцю звернення (зарплата, пенсія, дохід від паю, дохід від підприємницької діяльності, виплата по безробіттю, стипендія, аліменти, дохід від продажу сільгосппродукції та майна тощо)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Прізвище, ініціали | Вид доходу | Сума доходу | Найменування організації у якій отримано дохід |
|  |    |    |    |
|  |    |    |    |
|  |    |    |    |
|  |   |   |   |
|   |   |   |   |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Працює без укладення трудової угоди**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Прізвище, ініціали | Вид доходу | Сума доходу | Найменування організації у якій отримано дохід |
|  |    |    |    |
|  |    |    |    |
|  |    |    |    |

**7. Відомості про покупку або оплату послуг, вартість яких перевищує 50 тисяч гривень, протягом 12 місяців перед зверненням**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Прізвище, ініціали | Вид майна або послуг  | Вартість купленого майна (послуг)  | Дата придбання (оплати)  |
|    |    |    |    |
|    |    |    |    |
|    |    |    |    |
|    |    |    |    |
|  |  |  |  |

**8. Відомості про перебування за кордоном осіб зі складу домогосподарства, що зареєстровані у житловому приміщенні**

|  |  |
| --- | --- |
| Прізвище, ініціали | З якого часу за кордоном |
|    |    |
|    |    |

Я усвідомлюю, що в разі подання мною неповних чи недостовірних відомостей про доходи та майновий стан зареєстрованих у житловому приміщенні/будинку осіб, членів сім’ї, що проживають окремо (дружини, чоловіка, неповнолітніх дітей) мені може бути відмовлено в наданні матеріальної грошової допомоги.

Підпис заявника \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Додаток 3

до інформаційної картки адміністративної послуги

«Надання одноразової матеріальної допомоги

 згідно комплексної «Добро» на 2024-2028 рр.»

**Міському голові**

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

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

 (прізвище, ім'я, по батькові заявника повністю)

 статус \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

зареєстрованого(ї) за адресою:

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

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

 контактний тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВА**

Прошу Вас надати матеріальну допомогу у зв’язку з народженням

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

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

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

Відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» я даю згоду виконавчому комітету Хмільницької міської ради та управлінню праці та соціального захисту населення Хмільницької міської ради на використання та обробку моїх особистих персональних даних під час розгляду питання щодо надання мені матеріальної допомоги.

До заяви додаю:

1. Ксерокопія паспорту (стор. 1,2,реєстрація), ідентифікаційного номеру.
2. Ксерокопії свідоцтв про народження дітей.
3. Ксерокопії довідок/витягів з реєстру громади про реєстрацію місцю проживання дітей на території населених пунктів, які входять до складу Хмільницької міської ТГ.
4. Заява про реквізити соціального банківського рахунку.

 2023 р. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (підпис)

Додаток 4

до інформаційної картки адміністративної послуги

«Надання одноразової матеріальної допомоги

 згідно комплексної «Добро» на 2024-2028 рр.»

**Міському голові**

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

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

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

 (прізвище, ім'я, по батькові заявника повністю)

статус \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 проживаючого(ї) за адресою:

 місто/село**\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 контактний тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВА**

Прошу Вас надати матеріальну допомогу на поховання

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

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

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

який (а) помер (ла) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ року, відповідно до постанови КМУ від 31.01.2007р. №99. Він (вона) проживав (ла) у будинку

 по вул.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Я здійснив (ла) її поховання.

 202 р. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (підпис)

Додаток 5

до інформаційної картки адміністративної послуги

«Надання одноразової матеріальної допомоги

 згідно комплексної «Добро» на 2024-2028 рр.»

**Міському голові**

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

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

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

 (прізвище, ім'я, по батькові заявника повністю)

статус \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

зареєстрованого(ї) за адресою:

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

контактний тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВА**

***Прошу Вас надати матеріальну підтримку, як особі з інвалідністю І групи, для постійного проходження гемодіалізу в м.Вінниця.***

Відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» я даю згоду виконавчому комітету Хмільницької міської ради та управлінню праці та соціального захисту населення Хмільницької міської ради на використання та обробку моїх особистих персональних даних під час розгляду питання щодо надання мені матеріальної допомоги.

До заяви додаю:

1. Ксерокопія паспорту (стор. 1,2,реєстрація), ідентифікаційного номеру.

2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 202 р. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (підпис)

Додаток № 2

до рішення виконавчого комітету

Хмільницької міської ради

№ від « » 2023 р.

**ІНФОРМАЦІЙНА КАРТКА**

***Надання одноразової матеріальної допомоги згідно комплексної Програми підтримки Захисників і Захисниць України та членів їх сімей у Хмільницькій міській ТГ***

***на 2024 -2028рр.***

**Хмільницька міська рада Вінницької області**

 **(найменування суб‘єкта надання адміністративної послуги)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Інформація про УПСЗН міської радиІнформація про ЦНАП  | **Управління праці та соціального захисту населення Хмільницької міської ради****Адреса:** 2 провул. Чорновола В’ячеслава, буд.8,м. Хмільник, Вінницької області, 22000.**Тел./факс:** (04338) 2-23-71, 2-26-56**Веб-сайт:**<https://rada.ekhmilnyk.gov.ua/>**Електронна пошта:** **socprotect\_hm@ukr.net****Графік роботи:** Понеділок, вівторок, середа, четвер з 08.00 по 17.00Перерва для санітарної обробки : з 12.00 по 12.45**Години прийому суб’єктів звернення:**Понеділок, вівторок, середа, четвер з 08.00 по 16.00Перерва для санітарної обробки: з 12.00 по 12.45**Субота, неділя , святкові дні – вихідні дні.****Управління «Центр надання адміністративних послуг» Хмільницької міської ради****Адреса:** вул. Столярчука, буд.10, м. Хмільник, Вінницької області, 22000.**Тел./факс:** (04338) 2-20-85**Веб-сайт:** <https://rada.ekhmilnyk.gov.ua/>**Електронна пошта:** **admincentr\_hm@ukr.net****Графікроботи**  **Управління «Центр надання адміністративних послуг» Хмільницької міської ради:**Понеділок – четвер: з 08.00 год до 17.00 годП'ятниця: 08.00 год до 15.45 год**Час прийому суб'єктів звернень:**понеділок - четвер з 08.00 год до 15.30 год, без перерви;– п’ятниця з 08.00 год до 14.45 год, без перерви;**Вихідні дні: субота, неділя, святкові та неробочі дні** |
| 2. | Перелік документів, необхідних для надання послуги, та вимоги до них | 1. ***Надання одноразової матеріальної допомоги громадянам, які зареєстровані та постійно проживають на території населених пунктів, що входять до складу Хмільницької міської ТГ, на підставі наступного переліку документів:***
	1. ***Захисникам і Захисницям, які отримали поранення, контузію, каліцтво, травми, захворювання під час проходження військової служби, захищаючи незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України:***
* заява військовослужбовця, або члена його сім’ї на ім’я міського голови (Додаток 1);
* довідка лікувального закладу або її копія (з пред’явленням оригіналу) щодо отриманого поранення, контузії, каліцтва, травми, захворювання, під час захисту незалежності, суверенітету та територіальної цілісності України, завірені належним чином заявником;
* копія документу (з пред’явленням оригіналу) з військової частини, в якій проходить (проходив) службу військовослужбовець про обставини і дату поранення, контузії або копія довідки військово-лікарської комісії, завірені належним чином заявником;
* копії паспорта військовослужбовця та одержувача допомоги (сторінки 1-4) або копії паспорта військовослужбовця та одержувача допомоги у вигляді ID-картки, а також копії витягів з реєстру територіальної громади або витягів з єдиного державного реєстру, де зазначені відомості про реєстрацію місця проживання, завірені належним чином заявником;
* копія довідки про присвоєння ідентифікаційного номера військовослужбовця та одержувача допомоги, завірена належним чином заявником;
* копії документів, що підтверджують родинні стосунки заявника із військовослужбовцем (свідоцтво про одруження, свідоцтво про народження тощо), завірені належним чином заявником;
* заява/довідка про реквізити соціального банківського рахунку, відкритого на ім’я заявника.

***1.2***. ***демобілізованим Захисникам і Захисницям, які брали участь у заходах щодо захисту незалежності, суверенітету та територіальної цілісності України, учасникам АТО,ООС, на лікування, в тому числі на проведення складних операцій, лікування онкологічних та інших важких захворювань****:** заява військовослужбовця або члена сім’ї військовослужбовця на ім’я міського голови (Додаток 2);
* довідка або її копія(з пред’явленням оригіналу) з військового комісаріату або з військової частини, в якій проходив службу військовослужбовець про його участь у заходах щодо захисту незалежності, суверенітету та територіальної цілісності України або копія документу, що підтверджує безпосередню участь у бойових діях або забезпеченні здійснення заходів з національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії, перебуваючи безпосередньо в районах у період здійснення зазначених заходів, завірені належним чином заявником;
* копії паспорта військовослужбовця та одержувача допомоги (сторінки 1-4) або копії паспорта військовослужбовця та одержувача допомоги у вигляді ID-картки, а також копії витягів з реєстру територіальної громади або витягів з єдиного державного реєстру, де зазначені відомості про реєстрацію місця проживання, завірені належним чином заявником;
* копія військового квитка або тимчасового посвідчення військовозобов’язаного, зокрема сторінки з відомостями: про прізвище, ім’я, по батькові військовослужбовця, про призов та звільнення з військової служби, завірені належним чином заявником;
* копії довідки заявника та військовослужбовця про присвоєння ідентифікаційного номера, завірені належним чином заявником;
* копії документів, що підтверджують родинні стосунки заявника із військовослужбовцем (свідоцтво про одруження, свідоцтво про народження тощо), завірені належним чином заявником;
* довідка медичної установи, видана в установленому порядку в місяці звернення громадянина за наданням матеріальної допомоги, (в разі амбулаторного лікування, в довідці обов’язково має бути зазначено, що на лікування захворювання, безоплатно і на пільгових умовах відпускаються/не відпускаються лікарські засоби (не стосується хірургічного (оперативного) втручання та онкології).
* копія заключення профільних медичних закладів щодо необхідності проведення оперативного втручання або копія направлення на проведення таких втручань (у разі надання матеріальної допомоги на проведення операції), завірені належним чином заявником;
* заява/довідка про реквізити соціального банківського рахунку, відкритого на ім’я заявника.
1. ***Надання одноразової матеріальної допомоги сім’ям Захисників і Захисниць, які загинули чи померли захищаючи незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України****, на поховання на території населених пунктів, що входять до складу Хмільницької міської територіальної громади, на підставі наступного переліку документів:*
* заява члена сім'ї загиблого/померлого на ім'я міського голови зазначеної форми (Додаток3).
* копія свідоцтва про смерть (з пред’явленням оригіналу), завірена належним чином заявником;
* копія документу (з пред'явленням оригіналу) з районного територіального центру комплектування та соціальної підтримки або з військової частини, про участь загиблого у антитерористичній операції, операції об’єднаних сил або копії документу, що підтверджує безпосередню участь у бойових діях з забезпечення здійснення заходів з національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії російської федерації на території України, або інших документів, які підтверджують участь військовослужбовця у зазначених заходах, завірена належним чином заявником;
* копія довідки про причину смерті (до форми №106/о) або копія лікарського свідоцтва про смерть (форма №106/о), завірена належним чином заявником;
* копія паспорта заявника (сторінки 1-4) або копія паспорта заявника у вигляді ID-картки, а також копії витягу з реєстру територіальної громади або витягу з єдиного державного реєстру, де зазначені відомості про реєстрацію місця проживання, завірені належним чином заявником;
* копія довідки заявника про присвоєння ідентифікаційного номера, завірена належним чином заявником;
* копії документів, що підтверджують родинні стосунки заявника із загиблим/померлим військовослужбовцем (свідоцтво про одруження, свідоцтво про народження тощо) , завірені належним чином заявником;
* довідка голови вуличного чи будинкового комітету (завірена в управлінні «Центру надання адміністративних послуг» Хмільницької міської ради належним чином) або старости відповідного старостинського округу, про здійснення заявником поховання загиблого/померлого військовослужбовця на території Хмільницької міської ТГ;
* документ що підтверджує проживання на території Хмільницької міської ТГ (за потреби);
* заява/довідка про реквізити соціального банківського рахунку, відкритого на ім’я заявника.
1. ***Надання одноразової матеріальної допомоги на поховання померлих осіб, які брали участь у заходах, необхідних для забезпечення оборони України, захисту безпеки населення та інтересів держави у зв’язку з військовою агресією Російської Федерації проти України (в тому числі учасників АТО, ООС), та на момент смерті не перебували на військовій службі,*** *на підставі наступного переліку документів:*
* заява члена сім'ї померлого на ім'я міського голови зазначеної форми (Додаток4).
* копія свідоцтва про смерть (з пред’явленням оригіналу), завірена належним чином заявником;;
* витяг з Державного реєстру актів цивільного стану громадян про смерть або довідки про смерть для отримання допомоги на поховання (оригінал);
* копія документу (з пред'явленням оригіналу) з районного територіального центру комплектування та соціальної підтримки або з військової частини, про участь померлого у антитерористичній операції, операції об’єднаних сил або копії документу, що підтверджує безпосередню участь у бойових діях з забезпечення здійснення заходів з національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії російської федерації на території України, або інших документів, які підтверджують участь військовослужбовця у зазначених заходах, завірена належним чином заявником;;
* копія військового квитка або тимчасового посвідчення військовозобов’язаного зокрема сторінки з відомостями: про прізвище, ім’я, по батькові військовослужбовця, про призов та звільнення з військової служби або копія витягу з наказу командира військової частини про виключення зі списків особового складу військової частини, завірена належним чином заявником;
* копія паспорта заявника (сторінки 1-4) або копія паспорта заявника у вигляді ID-картки, а також копія витягу з реєстру територіальної громади або витягу з єдиного державного реєстру, де зазначені відомості про реєстрацію місця проживання, завірені належним чином заявником;
* копія довідки заявника про присвоєння ідентифікаційного номера, завірена належним чином заявником;
* копії документів, що підтверджують родинні стосунки заявника із демобілізованою особою (свідоцтво про одруження, свідоцтво про народження тощо), завірена належним чином заявником;
* довідка голови вуличного чи будинкового комітету (завірена в ЦНАПі належним чином) або старости відповідного старостинського округу, про здійснення заявником поховання померлої демобілізованої особи;
* довідка голови вуличного чи будинкового комітету (завірена в ЦНАПі належним чином) або старости відповідного старостинського округу, про спільне проживання (тільки в разі, коли заявник(ця) та померлий(ла) фактично проживали однією сім'єю, але не перебували у офіційно зареєстрованому шлюбі між собою);
* документ, що підтверджує проживання на території Хмільницької міської ТГ померлої демобілізованої особи на момент смерті (довідка голови вуличного чи будинкового комітету (завірена в ЦНАПі належним чином) або старости відповідного старостинського округу), для внутрішньо переміщеної особи, яка перемістилися з тимчасово окупованої території чи районів бойових дій - довідка про взяття на облік внутрішньо переміщеної особи;
* документ, що підтверджує місце реєстрації померлої демобілізованої особи на території Хмільницької міської ТГ (за наявності);
* заява/довідка про реквізити соціального банківського рахунку, відкритого на ім’я заявника.
1. *Надання соціальної грошової допомоги* ***членам сімей загиблих/померлих Захисників і Захисниць,*** *які зареєстровані* ***на території населених пунктів, що входять до складу Хмільницької міської ТГ, та перебувают на обліку в УПСЗН Хмільницької міської ради, для компенсації за пільговий проїзд, на підставі наступного переліку документів****:*
* заява члена сім'ї загиблого/померлого, законного представника дитини від 6 до 18 років, на ім'я міського голови зазначеної форми (Додаток 5).
* копія посвідчення/довідки члена сім'ї загиблого/померлого ветерана війни (з пред’явленням оригіналу, завірена належним чином заявником;
* копія документа, що посвідчує особу громадянина України (з пред’явленням оригіналу) а також витягу з реєстру територіальної громади, де зазначені відомості про реєстрацію місця проживання, завірена належним чином заявником;
* копія довідки про присвоєння реєстраційного номера облікової картки платника податків (з пред’явленням оригіналу) (не надається фізичним особам, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку у паспорті), завірена належним чином заявником;
* копія документів, що підтверджують родинні стосунки (свідоцтво про одруження, свідоцтво про народження тощо) (з пред’явленням оригіналу), завірена належним чином заявником;
* заява/довідка про реквізити соціального банківського рахунку, відкритого на ім’я заявника.
1. ***Відшкодування витрат на поховання загиблих (померлих), внаслідок військової агресії російської федерації проти України, осіб, які виконували службовий обов’язок по забезпеченню функціонування об’єктів критичної інфраструктури, працівників органів державної влади, місцевого самоврядування, підприємств, установ та закладів, які забезпечують життєдіяльність Хмільницької міської ТГ, а також цивільних осіб, які є мешканцями Хмільницької міської ТГ, що загинули (померли) внаслідок військової агресії російської федерації проти України, в тому числі внаслідок ракетних ударів по інфраструктурі та житловим об’єктам Хмільницької міської ТГ, на підставі наступного переліку документів:***
* заява на ім’я міського голови довільної форми;
* копія свідоцтва про смерть (з пред’явленням оригіналу), завірена належним чином заявником;
* Копія виписки із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого (форма 027/0) в разі смерті цивільної особи внаслідок поранень та /або травмувань несумісних із життям до/або під час отримання ним кваліфікованої медичної допомоги, завірена належним чином заявником;
* копія довідки про причину смерті (до форми №106/о) або копія лікарського свідоцтва про смерть (форма №106/о), завірена належним чином заявником;
* копія паспорта заявника (сторінки 1-4) або копія паспорта заявника у вигляді ID-картки, а також копія витягу з реєстру територіальної громади або витягу з єдиного державного реєстру, де зазначені відомості про реєстрацію місця проживання, завірені належним чином заявником;
* копія довідки заявника про присвоєння ідентифікаційного номера, завірена належним чином заявником;
* довідки з організацій, які здійснюють функціонування об’єктів критичної інфраструктури та органів державної влади, місцевого самоврядування, підприємств, установ та закладів, які забезпечують життєдіяльність Хмільницької міської ТГ, інших організацій про причинний зв’язок смерті особи з військовою агресією російської федерації проти України;
* оригінали розрахункових документів, засвідчених у встановленому законодавством порядку, що підтверджують вартість ритуальних послуг, передбачених в пункті 10, які були здійснені при похованні загиблої (померлої) особи внаслідок військової агресії російської федерації проти України;
* довідка голови вуличного чи будинкового комітету (завіреної в ЦНАПі належним чином) або старости відповідного старостинського округу, про особу, яка здійснювала поховання лише для мешканців Хмільницької міської ТГ;
* заява/довідка про реквізити соціального банківського рахунку, відкритого на ім’я заявника.
1. ***Надання щорічної разової грошової допомоги*** ***дітям (до 18 років) загиблих / померлих учасників*** *АТО,* ***ООС, осіб, які брали участь у здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії російської федерації на території України, до Дня святого Миколая***
* заява матері/батька/опікуна дитини на ім'я міського голови зазначеної форми (Додаток 6).
* копія паспорта заявника (сторінки 1-4) або копія паспорта у вигляді ID-картки, а також витяг з реєстру територіальної громади, де зазначені відомості про реєстрацію місця проживання, завірені належним чином заявником;
* копія довідки заявника про присвоєння ідентифікаційного номера, завірена належним чином заявником;
* витяг з реєстру територіальної громади, де наведені відомості про реєстрацію місця проживання дитини загиблого/ померлого учасника АТО**,** ООС, особи, яка брала участь у здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії російської федерації на території України;
* копія довідки дитини про взяття на облік внутрішньо переміщеної особи на території Хмільницької міської ТГ, дійсної на час звернення (у разі, якщо дитина загиблого / померлого учасника АТО**,** ООС, особи, яка брала участь у здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії російської федерації на території України, є внутрішньо переміщеною особою);
* копія свідоцтва про народження дитини, завірена належним чином заявником;
* копія свідоцтва про смерть, завірена належним чином заявником;
* копія документу, який підтверджує участь в антитерористичній операції/операції об’єднаних сил (довідки про безпосередню участь особи в операції об’єднаних сил, забезпеченні її проведення і захисті незалежності, суверенітету та територіальної цілісності України / витягу з наказу Керівника Антитерористичного центру при Службі безпеки України про залучення до проведення антитерористичної операції / довідки про безпосередню участь особи в антитерористичній операції, забезпеченні її проведення і захисті незалежності, суверенітету та територіальної цілісності України), або документу, що підтверджує безпосередню участь особи у заходах, необхідних для забезпечення оборони України, захисту безпеки населення та інтересів держави у зв’язку з військовою агресією російської федерації проти України, або сповіщення про смерть, завірені належним чином заявником;
* заява/довідка про реквізити соціального банківського рахунку, відкритого на ім’я заявника.

**Копії документів для всіх видів допомог та компенсацій, що надаються з пред’явленням оригіналу, звіряє, завіряє (за виключенням завірених заявником) особистим підписом з зазначенням прізвища та ініціалів відповідальний працівник (ЦНАПу, Управління), який приймає документи.** |
| 3.  | Оплата | Безоплатно |
| 4. | Результат надання послуги | 1. Надання грошової допомоги.2. Відмова в наданні допомоги:- повторне звернення протягом бюджетного року;- неповний пакет документів;- надання недостовірної інформації;- відсутність бюджетних призначень на відповідний рік;- якщо допомогу на поховання отримав інший член сім’ї загиблого/померлого (для пунктів 2,3,5);- звернення після 15 грудня (тільки для п.6). |
| 5.  | Строк надання послуги | 1 місяць |
| 6. | Спосіб отримання відповіді (результату) | 1. Особисто, в тому числі через представника за довіреністю (з посвідченням особи).
 |
| 7. | Акти законодавства щодо надання послуги | 1. Закон України «Про місцеве самоврядування в Україні»;
2. Рішення 48 сесії міської ради 8 скликання від 06.10.2023р. № №2069 «Про затвердження Порядків використання коштів місцевого бюджету, передбачених на фінансування заходів комплексної Програми підтримки Захисників і Захисниць України та членів їх сімей у Хмільницькій міській ТГ на 2024 -2028рр.
3. Рішення 45 сесії міської ради 8 скликання від 28.07.2023р. №1925. № 141«Про затвердження комплексної Програми Захисників і Захисниць України та членів їх сімей у Хмільницькій міській ТГ на 2024 -2028рр.
4. Фінансування видатків з місцевого бюджету здійснюється відповідно до Постанови КМУ від 09.06.2021р. № 590 «Про затвердження Порядку виконання повноважень Державною казначейською службою в особливому режимі в умовах воєнного стану» (зі змінами), Порядку казначейського обслуговування місцевих бюджетів, затвердженого наказом Міністерства фінансів України від 23.08.2012 року №938 (зі змінами),  Порядку реєстрації та обліку бюджетних зобов'язань розпорядників бюджетних коштів та одержувачів бюджетних коштів в органах Державної казначейської служби України, затвердженого наказом Мінфіну від 02.03.2012 року № 309 (зі змінами) та Порядку фінансування видатків бюджету Хмільницької міської територіальної громади, затвердженого рішенням виконавчого комітету Хмільницької міської ради від 25.03.2021 №182 (зі змінами).
 |

**Керуючий справами виконкому**

**Хмільницької міської ради Сергій МАТАШ**

Додаток 1

до інформаційної картки адміністративної послуги

«Надання одноразової матеріальної допомоги згідно комплексної Програми підтримки Захисників і Захисниць України та членів їх сімей у Хмільницькій міській ТГ на 2024 -2028рр.».

**Міському голові**

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

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

(прізвище, ім'я, по батькові заявника повністю)

статус \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

зареєстрованого(ї) за адресою:

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

проживаючого(ї) за адресою:

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

контактний тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВА**

Прошу Вас надати матеріальну допомогу як матері, батькові, дружині, військовослужбовцю(я)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(необхідне підкреслити) (ПІБ повністю)
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, який отримав поранення, контузію, каліцтво, травми, захворювання *(необхідне підкреслити)*, під час проходження військової служби, захищаючи незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України.

Відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» я даю згоду виконавчому комітету Хмільницької міської ради та управлінню праці та соціального захисту населення Хмільницької міської ради на використання та обробку моїх особистих персональних даних під час розгляду питання щодо надання мені матеріальної допомоги.

До заяви додаю:

1. Ксерокопія паспорту (стор. 1,2,реєстрація), ідентифікаційного номеру.

(інші підтверджуючі документи, вказати, які саме)

1.

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

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 202\_\_ р. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (підпис)

**Керуючий справами виконкому**

**Хмільницької міської ради Сергій МАТАШ**

Додаток 2

до інформаційної картки адміністративної послуги

«Надання одноразової матеріальної допомоги згідно комплексної Програми підтримки Захисників і Захисниць України та членів їх сімей у Хмільницькій міській ТГ на 2024 -2028рр.».

**Міському голові**

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

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

 (прізвище, ім'я, по батькові заявника повністю)

статус \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

зареєстрованого(ї) за адресою:

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

проживаючого(ї) за адресою:

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

 контактний тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВА**

Прошу Вас надати матеріальну допомогу на лікування \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» я даю згоду виконавчому комітету Хмільницької міської ради та управлінню праці та соціального захисту населення Хмільницької міської ради на використання та обробку моїх особистих персональних даних під час розгляду питання щодо надання мені матеріальної допомоги.

До заяви додаю:

1. Ксерокопія паспорту (стор. 1,2,реєстрація), ідентифікаційного номеру.
2. Медична довідка про необхідність лікування (проведення операції).

(інші підтверджуючі документи, вказати, які саме)

3.

4.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 202­\_ р. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (підпис)

**Керуючий справами виконкому**

**Хмільницької міської ради Сергій МАТАШ**

Додаток 3

до інформаційної картки адміністративної послуги

«Надання одноразової матеріальної допомоги згідно комплексної Програми підтримки Захисників і Захисниць України та членів їх сімей у Хмільницькій міській ТГ на 2024 -2028рр.».

**Міському голові**

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

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

(прізвище, ім'я, по батькові заявника повністю)

статус \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

зареєстрованого(ї) за адресою:

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

проживаючого(ї) за адресою:

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

контактний тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВА**

Прошу Вас надати матеріальну допомогу на поховання \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ПІБ)

який загинув/ помер *(необхідне підкреслити)* захищаючи незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України.

Відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» я даю згоду виконавчому комітету Хмільницької міської ради та управлінню праці та соціального захисту населення Хмільницької міської ради на використання та обробку моїх особистих персональних даних під час розгляду питання щодо надання мені матеріальної допомоги.

До заяви додаю:

1. Ксерокопія паспорту (стор. 1,2,реєстрація), ідентифікаційного номеру.

(інші підтверджуючі документи, вказати, які саме)

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_р. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (підпис)

**Керуючий справами виконкому**

**Хмільницької міської ради Сергій МАТАШ**

Додаток 4

до інформаційної картки адміністративної послуги

«Надання одноразової матеріальної допомоги згідно комплексної Програми підтримки Захисників і Захисниць України та членів їх сімей у Хмільницькій міській ТГ на 2024 -2028рр.».

**Міському голові**

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

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

(прізвище, ім'я, по батькові заявника повністю)

статус \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

проживаючого(ї) за адресою:

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

контактний тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВА**

Прошу Вас надати матеріальну допомогу на поховання \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

який брав(ла) участь у заходах, необхідних для забезпечення оборони України, захисту безпеки населення та інтересів держави у зв’язку з військовою агресією російської федерації проти України та на момент смерті не перебував(ла) на військовій службі

Відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» я даю згоду виконавчому комітету Хмільницької міської ради та управлінню праці та соціального захисту населення Хмільницької міської ради на використання та обробку моїх особистих персональних даних під час розгляду питання щодо надання мені матеріальної допомоги.

До заяви додаю:

1. Ксерокопія паспорту (стор. 1,2,реєстрація), ідентифікаційного номеру.

(інші підтверджуючі документи, вказати, які саме)

1.
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_р. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (підпис)

**Керуючий справами виконкому**

**Хмільницької міської ради Сергій МАТАШ**

Додаток 5

до інформаційної картки адміністративної послуги

«Надання одноразової матеріальної допомоги згідно комплексної Програми підтримки Захисників і Захисниць України та членів їх сімей у Хмільницькій міській ТГ на 2024 -2028рр.».

**Міському голові**

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

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

 (прізвище, ім'я, по батькові заявника повністю)

статус \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

зареєстрованого(ї) за адресою:

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

проживаючого(ї) за адресою:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ контактний тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заява

Прошу надавати соціальну грошову допомогу для компенсації за пільговий проїзд, як члену сім’ї загиблого/померлого Захисника/Захисниці.

 Відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» я даю згоду виконавчому комітету Хмільницької міської ради та управлінню праці та соціального захисту населення Хмільницької міської ради на використання та обробку моїх особистих персональних даних під час розгляду питання щодо надання мені матеріальної допомоги.

До заяви додаю:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

У разі виникнення обставин, які можуть вплинути на надання соціальної грошової допомоги для компенсації за пільговий проїзд (зміни місця реєстрації/проживання, сімейного стану, зміни паспортних даних, зміни виплатних реквізитів банківського рахунку та ін.), зобов’язуюсь протягом одного місяця повідомити про це управління праці та соціального захисту населення Хмільницької міської ради.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_р. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (підпис)

**Керуючий справами виконкому**

**Хмільницької міської ради Сергій МАТАШ**

Додаток 6

до інформаційної картки адміністративної послуги

«Надання одноразової матеріальної допомоги згідно комплексної Програми підтримки Захисників і Захисниць України та членів їх сімей у Хмільницькій міській ТГ на 2024 -2028рр.».

Міському голові

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

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

(прізвище, ім'я, по батькові заявника повністю)

статус \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

проживаючого(ї) за адресою:

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

контактний тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВА**

Прошу Вас надати щорічну разову грошову допомогу моїй(їм) дитині (дітям) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( Прізвище, ім’я, по-батькові повністю)

загиблого / померлого учасника АТО**,** ООС, особи, яка брала участь у здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії російської федерації на території України, до Дня Святого Миколая.

Відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» я даю згоду виконавчому комітету Хмільницької міської ради та управлінню праці та соціального захисту населення Хмільницької міської ради на використання та обробку моїх особистих персональних даних під час розгляду питання щодо надання мені матеріальної допомоги.

До заяви додаю:

1. Копія паспорту (стор. 1-4 або у вигляді ID-картки), витяг з реєстру територіальної громади.

 (інші підтверджуючі документи, вказати, які саме)

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_р. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (підпис)

**Керуючий справами виконкому**

**Хмільницької міської ради Сергій МАТАШ**