

**УКРАЇНА проект**

**ХМІЛЬНИЦЬКА МІСЬКА РАДА**

**Вінницької області**

**Виконавчий комітет**

**Р І Ш Е Н Н Я**

Від « » 2024 р. №

Про внесення змін 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 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.» (зі змінами), 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 інформаційну картку 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 до цього рішення.
2. Вважати таким, що втратив чинність *додаток 149,* затверджений рішенням виконавчого комітету від 19.12.2023 року № 768 «Про внесення змін та доповнень 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 актуальну інформаційну картку адміністративної послуги, зазначену 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

до рішення виконавчого комітету

Хмільницької міської ради

№ від « » 2024 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 ради  Інформація 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**](mailto:socprotect_hm@ukr.net)  **Графік роботи:**  Понеділок, вівторок, середа, четвер з 08.00 по 17.00  Перерва для санітарної обробки : з 12.00 по 12.45  **Години прийому суб’єктів звернення:**  Понеділок, вівторок, середа, четвер з 08.00 по 16.00  Перерва 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**](mailto:admincentr_hm@ukr.net)  **Графікроботи**  **Управління «Центр надання адміністративних послуг» Хмільницької міської ради:**  Понеділок – четвер: з 08.00 год до 17.00 год  П'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 та доходів членів сім’ї, які на час звернення перебувають на військовій службі, що підтверджується відповідними документами). * для осіб, які здійснюють підприємницьку діяльність, доходи надаються відповідно до системи оподаткування (що підтверджується відповідними документами) та подачі звітності до Державної податкової служби України (далі - ДПС) (за останній звітний період); * 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 та доходів членів сім’ї, які на час звернення перебувають на військовій службі, що підтверджується відповідними документами). * для осіб, які здійснюють підприємницьку діяльність, доходи надаються відповідно до системи оподаткування (що підтверджується відповідними документами) та подачі звітності до Державної податкової служби України (далі - ДПС) (за останній звітний період); * 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 та доходів членів сім’ї, які на час звернення перебувають на військовій службі, що підтверджується відповідними документами). * для осіб, які здійснюють підприємницьку діяльність, доходи надаються відповідно до системи оподаткування (що підтверджується відповідними документами) та подачі звітності до Державної податкової служби України (далі - ДПС) (за останній звітний період); * 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 та доходів членів сім’ї, які на час звернення перебувають на військовій службі, що підтверджується відповідними документами). * для осіб, які здійснюють підприємницьку діяльність, доходи надаються відповідно до системи оподаткування (що підтверджується відповідними документами) та подачі звітності до Державної податкової служби України (далі - ДПС) (за останній звітний період); * 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 допомоги  2. 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)

**Керуючий справами виконкому**

**Хмільницької міської ради Сергій МАТАШ**

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

**Керуючий справами виконкому**

**Хмільницької міської ради Сергій МАТАШ**

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)

**Керуючий справами виконкому**

**Хмільницької міської ради Сергій МАТАШ**

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)

**Керуючий справами виконкому**

**Хмільницької міської ради Сергій МАТАШ**

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)

**Керуючий справами виконкому**

**Хмільницької міської ради Сергій МАТАШ**