Продовження додатку 8

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ МіністерствасоціальноїполітикиУкраїни
05 березня 2024 року N 80-Н

|  |  |
| --- | --- |
|  | Івано-Франківське обласне відділення Фонду,соціального захистуосіб з інвалідністю (найменуваннятериторіальноговідділення Фонду соціальногозахистуосіб з інвалідністю)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (прізвище, власнеім'я, по батькові (за наявності) заявника)паспорт (інший документ, щопосвідчує особу):серія (за наявності) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ким, дата)реєстраційний номер обліковоїкарткиплатникаподатків\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (прізвище, власнеім'я, по батькові (за наявності) законного представника / уповноваженої особи)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_зареєстроване/задекларованемісцепроживання (перебування): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (номер телефону заявника)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (додатковий номер телефону заявника / уповноваженої особи) |

### ЗАЯВА\*\*про забезпечення засобом реабілітації (виплату компенсації)

|  |
| --- |
| Прошу забезпечити (виплатити компенсацію)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (потрібне підкреслити)(найменування виробу)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Повідомляю, що я не забезпечувався(лась) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (найменування виробу)за рахунок коштів місцевого бюджету, інших надходжень, зокрема благодійної або гуманітарної допомоги.Мене поінформовано, що в разі отримання мною засобуреабілітації за рахунок коштів місцевого бюджету, інших надходжень, зокрема благодійної або гуманітарної допомоги, мені не видаватиметься відповідний засіб за рахунок коштів державного бюджету, але я маю право на отримання послуг з гарантійного та післягарантійного ремонту такого засобу реабілітації, надання реабілітаційних послуг протягом строку його експлуатації.Мені роз'яснено, що відповідно до Порядку забезпечення допоміжними засобами реабілітації (технічними та іншимизасобамиреабілітації) осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та іншихокремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані такі засоби, затвердженого постановою Кабінету Міністрів Українивід 05 квітня 2012 року N 321 (у редакції постанови КабінетуМіністрівУкраїни від 07 грудня 2023 року N 1306) (далі - Порядок):Забезпечення засобами реабілітації, надання послуг з гарантійного та післягарантійного ремонту та технічного обслуговування засобів реабілітації здійснюється згідно з договорами, укладеними територіальним відділенням Фонду соціальногозахистуосіб з інвалідністюізсуб'єктом господарювання;Забезпеченнязасобами реабілітації і виплатакомпенсації здійснюються в межах відповідних коштів, передбачених у державному бюджеті за програмою "Соціальнийзахистосіб з інвалідністю" в порядку черговості;після отримання повідомлення про формування територіальним відділенням Фонду соціального захисту осіб з інвалідністю направлення на забезпечення засобами реабілітації я можу звернутися до суб'єкта господарювання із заявкою про намірзабезпечення протезно-ортопедичним виробом, у тому числі ортопедичним взуттям, допоміжними засобами для особистого догляду та захисту/заявкою про намір забезпечення допоміжними засобами для особистоїгігієни, допоміжними засобами для особистої рухомості, переміщення та підйому, засобами для пересування, меблями, оснащенням.Я ознайомлений(а) із:переліком суб'єктів господарювання, до якихможназвернутися з питань забезпечення засобами реабілітації або їх ремонту, та їхніми контактними даними;механізмом забезпечення засобами реабілітації та отриманнякомпенсації;інформацією щодо електронногокабінету особи, йогофункціоналу та офіційного веб-сайту Мінсоцполітики.Я поінформований(а) про те, що:Можуотримати грошову компенсацію вартості за самостійнопридбані засоби реабілітації. Строк звернення за грошовою компенсацією не може перевищувати шести місяців з дати, зазначеної в розрахунковому документі, а в період воєнного стану, а також для осіб, визначенихабзацом сьомим підпункту 1 пункту 1 Порядку, - 12 місяців;засоби реабілітації призначаються відповідно до моїх функціональних можливостей;право на забезпечення засобами реабілітації припиняється в разі відміни відповідни хпоказань для забезпечення засобами реабілітації, виїзду на постійне проживання за кордон, смерті;право на забезпечення засобами реабілітації зупиняється на наступний строк експлуатації виданих засобів реабілітації у разі виявлення фактів продажу, дарування або передачі до закінчення строку експлуатації виданих за кошти державного бюджету засобів реабілітації;виявлення за результатами моніторингу стану засобів реабілітації, виданих за рахунок коштів державного бюджету, факту умисного пошкодження, втрати, продажу, обміну та/абодарування будь-якій особі протягом строку, на який засоби реабілітації видано, є підставою для відмови в забезпеченні засобами реабілітації на наступний строк;ремонт за рахунок коштів державного бюджету протезів нижніх кінцівок (для протезів гомілки - стопи, для протезів стегна - стопи та механізму колінного), якими забезпечено осіб, яким установлено I – II ступінь функціональних можливостей, проводиться суб'єктом господарювання не раніше ніж через один рік з дати отримання в експлуатацію, осіб, яким установлено III – Ivступінь функціональних можливостей, - через два роки, протезів верхніх кінцівок - через один рік. Таке обмеження не поширюється на ремонт, що передбачає заміну куксоприймача або інших елементів кріплення протеза, виготовлених індивідуально;у разі заміни комплектувальних виробів під час післягарантійного ремонту протезного виробу строк експлуатації виробу продовжується для протезів нижніх кінцівок (протезів гомілки-стопи, протезів стегна-стопи та механізму колінного), якими забезпеченоосіб, яким установлено I – Iiступінь функціональних можливостей, на один рік з дати видачі протезного виробу після ремонту, осіб, яким установлено III – Ivступінь функціональних можливостей, - на два роки, для протезів верхніх кінцівок - на один рік;строк експлуатації засобу реабілітації продовжується на один рік у разі проведення його післягарантійного ремонту за шість і менше місяців до закінчення строку йогоексплуатації, за винятком ремонту, розмір видатків на який не перевищує 20 відсотків граничної ціни засобу реабілітації, встановленої Мінсоцполітики;для заміни засобу реабілітації у зв'язку із закінченням строку його експлуатації я можузвернутися із заявою до органу соціального захисту населення, виконавчого органу, центру, територіального відділення Фонду соціального захисту осіб з інвалідністю або через електронний кабінет особи не раніше ніж за два місяці до закінчення строку експлуатації такого засобу;у разі несвоєчасного звернення із заявою прозаміну засобу реабілітації, строк експлуатації якого закінчився, новий засіб реабілітації замовляється з дня подання заяви про йогозаміну. За період, у якому я мав(ла) право на заміну засобу реабілітації, але не звернувся(лась) з відповідноюзаявою, новий засіб реабілітації не видається;під час первинного протезування/ортезування та/або забезпечення кріслом колісним суб'єкт господарювання зобов'язаний надати мені послуги з адаптації, освоєння, догляду та обслуговування засобу реабілітації, в інших випадках послуги з адаптації та освоєння засобів реабілітації надаються в разі потреби;засоби реабілітації видаються разом з інструкцією щод ойогозастосування (паспортом) і талоном на гарантійний ремонт.Я даю згоду на використаннямоїх (та/або особи, інтересиякої я представляю) персональних даних, які буде внесено до централізованого банку даних з проблем інвалідності з метою забезпеченнязасобамиреабілітації.До заяви додаю документи, передбачені пунктом 12 Порядку. |
| Заяву та документи на \_\_\_\_ аркушахприйнято \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. та зареєстровано за N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.Додатково для розгляду заяви необхідно до \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. подати такідокументи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ознайомився(лась) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис, Власнеім'я ПРІЗВИЩЕ особи, (підписзаявника / законного представника /що прийняла документи) уповноваженої особи) |
| --------------------------------------------- (лінія відрізу) -------------------------------------------------- |
| Заяву та документи на \_\_ аркушахприйнято \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. та зареєстровано за N \_\_\_\_\_.Додатково для розгляду заяви необхідно до \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. подати такідокументи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ознайомився(лась) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис, Власнеім'я ПРІЗВИЩЕ особи, (підписзаявника / законного представника /щоприйняладокументи) уповноваженої особи) |

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\* Дляфізичнихосіб, якічерезсвоїрелігійніпереконаннявідмовилисьвідприйняттяреєстраційногономераобліковоїкарткиплатникаподатківтаофіційноповідомилипроцевідповіднийконтролюючийорганімаютьвідміткувпаспортігромадянинаУкраїни, таківідомостінеподаються.\*\* ОбробкаперсональнихданихпроводитьсявідповіднодоЗаконуУкраїни "Прозахистперсональнихданих". |