Продовження додатку 8

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ МіністерствасоціальноїполітикиУкраїни
05 березня 2024 року N 80-Н

|  |  |
| --- | --- |
|  | Івано-Франківське обласне відділення Фонду,соціального захисту осіб 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 облікової картки платникаподатків\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (прізвище, власнеім'я, по батькові (за наявності) законного представника / уповноваженої особи)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_зареєстроване/задеклароване місце проживання (перебування): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (номер телефону заявника)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (додатковий номер телефону заявника / уповноваженої особи) |

### ЗАЯВА\*\*про заміну засобу реабілітації

|  |
| --- |
| Прошу замінити\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (найменування виробу)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_у зв'язку із\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (закінченням строку експлуатації виробу/проходженням повторного огляду чи обстеження/викраденням/пошкодженням внаслідок дії непереборної сили/втратою засобу реабілітації внаслідок воєнних (бойових) дій,бомбардувань, авіаударів та інших збройних нападів під час військової агресії Російської Федерації протии України)Повідомляю, що я не забезпечувався(лась)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (найменування виробу)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_за рахунок коштів місцевого бюджету, інших надходжень, зокрем аблагодійної або гуманітарної допомоги.Мене поінформовано, що в разі отримання мною засобу реабілітації за рахунок коштів місцевог обюджету, 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.До заяви додаю копії таких документів\*\*\*:* висновок про необхідність забезпечення особи з обмеженнями повсякденного функціонування допоміжними засобами реабілітації (технічними та іншимизасобамиреабілітації) абоінший документ, що підтверджує потребу в забезпеченні засобами реабілітації, з урахуванням положень абзацу восьмого пункту 5 Порядку забезпечення допоміжними засобами реабілітації (технічними та іншимизасобамиреабілітації) осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані такі засоби, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 05 квітня 2012 року N 321 (у редакції постанови Кабінету

Міністрів України від 07 грудня 2023 року N 1306)витяг з Єдиного реєстру до судових розслідувань.Я ознайомлений(а) із:переліком суб'єктів господарювання, до яких можна звернутися з питань забезпечення засобами реабілітації або їх ремонту, та їхніми контактними даними;механізмом забезпечення засобами реабілітації та отримання компенсації;інформацією щодо електронного кабінету особи, його функціоналу та офіційного веб-сайту Мінсоцполітики.Я даю згоду на використаннямоїх (та/або особи, інтереси якої я представляю) персональних даних, які буде внесено до централізованого банку даних з проблем інвалідності з метою забезпечення засобами реабілітації. |
| 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, (підпис заявника / законного представника /щоприйняладокументи) уповноваженої особи) |
| ---------------------------------------------- (лініявідрізу) ------------------------------------------------- |
| 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 |

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\* Для фізичнихосіб, які через свої релігійні переконання відмовились від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про цевідповіднийконтролюючий орган і маютьвідмітку в паспорті громадянинаУкраїни, такі відомості не подаються.\*\* Обробк аперсональ нихданих проводиться відповіднодо Закону України "Про захистперсональнихданих".\*\*\* Копії зазначених документів подаються у разізаміни засобу реабілітації до закінчення строку йогоексплуатації залежно від причин заміни відповідно до підпункту 2 пункту 18 Порядку забезпеченнядопоміжним изасобами реабілітації (технічними та іншими засобами реабілітації) осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та іншихокремихкатегорійнаселення і виплатигрошовоїкомпенсаціївартості за самостійнопридбанітакізасоби, затвердженогопостановою Кабінету МіністрівУкраїнивід 05 квітня 2012 року N 321 (у редакції постанови Кабінет уМіністрів Українивід 07 грудня 2023 року N 1306). Про подання копій зазначених документів проставляється відмітка. |