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 платника податків\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (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. |