ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ Міністерства соціальної

політики України  
16 вересня 2024 року № 424-Н

Виконавчому органу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(найменування міської, районної в місті (у разі їх утворення), сільської, селищної ради)

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

(прізвище, ім’я, по батькові (за наявності) заявника)

Дата народження \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Зареєстроване / задеклароване місце проживання / перебування

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

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

Номер телефону \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ, що посвідчує особу:

Серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України  
(ID-картка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ким та коли виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Унікальний номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер посвідки на постійне проживання, посвідки на тимчасове  
проживання, посвідчення біженця, довідки про звернення за захистом в Україні, посвідчення особи, яка потребує додаткового захисту (необхідне підкреслити)

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

Ким і коли видана(не) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Дата закінчення (продовження) строку дії посвідки / посвідчення  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України (ID-картки)\*

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

Заява

про потребу в наданні соціальних послуг у межах експериментального проєкту з організації надання внутрішньо переміщеним особам похилого віку, особам з інвалідністю соціальних послуг стаціонарного догляду, підтриманого проживання

за принципом „гроші ходять за людиною”

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(дата реєстрації заяви)

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(прізвище, ім’я, по батькові (за наявності))

дата народження \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ року,

наявність інвалідності \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

(група інвалідності, строк встановлення групи інвалідності)

адреса проживання / перебування: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

є:

внутрішньо переміщеною особою;

особою, в якої внаслідок бойових дій, терористичних актів, диверсій, спричинених збройною агресією Російської Федерації проти України, житлове приміщення знищене або пошкоджене (до ступеня непридатного для проживання),

потребую надання соціальної послуги:

|  | стаціонарного догляду; |
| --- | --- |
|  | підтриманого проживання. |

**Відомості, які використовуються для прийняття рішення про надання соціальної послуги стаціонарного догляду або підтриманого проживання**

Повідомляю, що особи, які зобов’язані згідно із законодавством утримувати мене, через об’єктивні причини \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(зазначити причини\*\*)

не мають такої можливості.

До заяви відповідно до законодавства додано \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ документів на \_\_\_\_\_аркушах.

Я усвідомлюю, що подані мною відомості, які вплинули або могли вплинути на прийняте рішення щодо надання соціальної послуги, будуть перевірені згідно із законодавством України.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\* Для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовились від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків, офіційно повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають про це відмітку в паспорті громадянина України.

\*\*Об’єктивними причинами неможливості утримувати заявника вважаються участь у заходах, необхідних для забезпечення оборони України, [захис](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1124-2023-%D0%BF?find=1&text=%D0%B7%D0%B0%D1%85%D0%B8%D1%81#w1_3)ту безпеки населення та інтересів держави у зв’язку із збройною агресією Російської Федерації проти України, перебування на тимчасово окупованій території України, перебування у полоні, визнання особи зниклою безвісти, внутрішнє переміщення, перебування за кордоном у зв’язку із збройною агресією Російської Федерації проти України, перебування у місцях позбавлення або обмеження волі, під домашнім арештом, застосування заходів забезпечення кримінального провадження у вигляді відсторонення від роботи (посади), запобіжні заходи у вигляді тримання під вартою; психічні та поведінкові розлади внаслідок впливу психоактивних речовин (крім вживання тютюну та кофеїну).

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

(дата заповнення) (підпис заявника)