

**Порядок
надання грошової компенсації військовослужбовцям та
ветеранам війни за зубопротезування**

1. Порядок надання грошової компенсації військовослужбовцям та ветеранам війни за зубопротезування (далі – Порядок) поширюється на учасників бойових дій, осіб з інвалідністю внаслідок війни та військовослужбовців, які поки не отримали статус учасника бойових дій, але продовжують виконувати бойові завдання (далі – заявники).

2. Грошова компенсація за зубопротезування (далі – компенсація) надається заявникам, які мають зареєстроване місце проживання в Бердянській міській територіальній громаді, у разі перевищення граничної суми витрат, які передбачені відповідною державною програмою

3. Розрахунок компенсації проводиться на підставі акту виконаних робіт (наданих послуг) та рахунку, наданого закладом охорони здоров'я, який уклав договір з Національною службою здоров'я України (далі – НСЗУ) на пакет гарантованих медичних послуг із зубопротезування для Захисників та Захисниць.

Компенсація визначається у розмірі різниці між загальною вартістю отриманих послуг та сумою, яка відшкодовується НСЗУ цьому закладу, але не більше ніж 20000,00 грн на рік на одну особу.

5. Для отримання компенсації заявником особисто або засобами поштового зв'язку подається заява до Бердянської міської військової адміністрації Бердянського району Запорізької області. Зразок заяви додається до даного Порядку.

До заяви додаються наступні документи:

5.1. копія паспорта (сторінки 1, 2, 3-6 (в разі необхідності), сторінку із зазначеним місцем реєстрації) або ID-картки з Витягом з реєстру територіальної громади щодо реєстрації місця проживання особи відповідно до п.1 ст.2 Закону України «Про надання публічних (електронних публічних) послуг щодо декларування та реєстрації місця проживання в Україні», іншим документом, що підтверджує реєстрацію місця проживання особи;

5.2. копія реєстраційного номера облікової картки платника податків або довідки (штамп у паспорті) органів державної податкової служби про відмову від ідентифікаційного номеру через свої релігійні або інші переконання;

5.3. копія посвідчення учасника бойових дій або копія посвідчення особи з інвалідністю внаслідок війни;

5.4. копія довідки про безпосередню участь у заходах, необхідних для забезпечення оборони України, захисту безпеки населення та інтересів держави у зв'язку з військовою агресією Російської Федерації проти України(подається, у разі якщо заявник ще не отримав статус учасника бойових дій);

5.5. акт виконаних робіт (наданих послуг) та рахунок, в якому зазначається перелік наданих послуг та їх вартість, з виокремленням суми, яка відшкодовується за рахунок НСЗУ, та суми сплаченої заявником самостійно; або довідка від закладу охорони здоров'я про те, що заявник отримав у повному обсязі послуги із зубопротезування відповідно до державної програми медичних гарантій за пакетом зубопротезування для Захисників та Захисниць у поточному році;

5.6. реквізити банківського рахунку на ім'я заявника;

5.7. довідка видана органом місцевого самоврядування про те, що заявник не отримував компенсацію за зубопротезування за місцем реєстрації як внутрішньо переміщена особа.

6. У разі особистого звернення, заявник пред'являє оригінали документів, копії документів завіряються особою, яка здійснює прийом заяви.

Під час особистого звернення заявник має право скористатися функцією Дія.QR для подачі наступних документів:

- паспорт громадянина України у вигляді ID-картки;
- картка платника податків (РНОКПП);
- посвідчення ветерана;
- довідка внутрішньо переміщеної особи (ВПО);
- актовий запис про шлюб.

У разі направлення заяви поштою копії документів завіряються заявником особисто. Заява заповнюється та копії документів завіряються чорнилом чорного або синього кольору, українською мовою.

Заява та документи у вигляді скан/фото можуть бути подані заявником також на електронну адресу Бердянської міської військової адміністрації Бердянського району Запорізької області: bmva_brzo@ukr.net з обов'язковим використанням електронного цифрового підпису.

В окремих випадках заява може бути подана за нотаріально посвідченою довіреністю.

Заявник несе відповідальність за надання достовірної інформації.

7. Виплата компенсації проводиться у безготівковій формі управлінням праці та соціального захисту населення виконавчого комітету Бердянської міської ради на підставі розпорядження начальника/особи, яка виконує обов'язки на період його відсутності, Бердянської міської військової адміністрації Бердянського району Запорізької області через відділення банків.

Виплата компенсації здійснюється за рахунок коштів бюджету Бердянської міської територіальної громади Бердянського району Запорізької області в межах асигнувань, встановлених кошторисом.

8. Сума отриманої компенсації не включається до загального місячного (річного) оподаткованого доходу платника податків, згідно з п.165.1.1. ст. 165 Податкового кодексу України.

9. Під час оформлення документів про надання компенсації заявник підписує згоду щодо надання дозволу на обробку, використання, зберігання його особистих даних відповідно до Закону України «Про захист персональних даних».

10. У разі виникнення спірних питань щодо виплати компенсації остаточне рішення приймається на засіданні Комісії з розгляду заяв про надання одноразової грошової допомоги.

Начальник управління праці та
соціального захисту населення

Наталія ТОКМАНЬ

Бердянська міська військова адміністрація
Бердянського району Запорізької області

(прізвище, ім'я, по батькові заявника)

(дата народження)

(серія та номер паспорта, ким виданий)

(зареєстроване місце проживання)

(фактичне місце проживання)

(номер телефону)

ЗАЯВА
про надання грошової компенсації військовослужбовцям та
ветеранам війни за зубопротезування

Прошу надати мені грошову компенсацію за зубопротезування у зв'язку з перевищення граничної суми витрат, які передбачені відповідною державною програмою

До заяви додаю:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
7. _____

«___» _____ 20___ року

(підпис заявника)

Я, _____,

(прізвище, ім'я, по батькові заявника)

несу персональну відповідальність за достовірність наданих документів та даю згоду на використання та обробку персональних даних за умови забезпечення їх захисту відповідно до вимог Закону України "Про захист персональних даних".

_____ 20___ року

(підпис заявника)

(відривний корінець)

Заяву та документи на ___ аркушах прийнято _____ 20___ року.

(підпис)

(ініціали та прізвище відповідальної особи)