

**Порядок надання допомоги
особам, які мають інвалідність
або досягли похилого віку (далі - Порядок)**

1. Допомога особам, які мають інвалідність або досягли похилого віку (далі - допомога) є одним із видів адресної допомоги особам, зареєстрованим в Бердянській міській територіальній громаді та у зв'язку з агресією Російської Федерації проти України, тимчасовою окупацією громади перемістилися на територію підконтрольну Україні. Допомога надається:

1.1. непрацюючим особам з інвалідністю I, II та III групи;

1.2. непрацюючим особам, які досягли віку 65 років і старше та яким призначено пенсію за віком та/або державну соціальну допомогу особам, які не мають права на пенсію;

1.3. на дитину з інвалідністю законному представнику дитини.

2. Особам, зазначеним у пп 1.1., 1.2. пункту 1 допомога надається, у разі, якщо розмір пенсії та/або державної соціальної допомоги (крім допомоги на проживання внутрішньо переміщеним особам) (далі – пенсія) не перевищує 6 000,00 гривень на місяць.

Допомога виплачується в розмірі різниці між 6 000,00 гривень і розміром пенсії за місяць, що передує місяцю звернення, та округлюється до сотень гривень.

Допомога призначається в розмірі не менше ніж 500,00 гривень.

Розмір допомоги для осіб з інвалідністю I групи збільшується на 1 000,00 гривень.

Особам, зазначеним в п.п 1.3 пункту 1 допомога надається незалежно від доходу у розмірі 3 000,00 гривень, дітям з інвалідністю підгрупи А - 5 000,00 гривень.

Допомога не надається громадянам, які перебувають на повному державному утриманні.

3. Для отримання допомоги 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:

3.1. 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;

3.2. 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;

3.3. копія довідки про взяття на облік внутрішньо переміщеної особи;

3.4. копія довідки МСЕК або витягу з рішення експертної команди з оцінювання повсякденного функціонування особи про встановлення інвалідності (далі – документи про встановлення інвалідності);

3.5. копія трудової книжки (за наявності);

3.6. довідка про розмір пенсії та/або соціальної державної допомоги за місяць, що передує місяцю звернення (крім законних представників дитини з інвалідністю);

3.7. копія свідоцтва про народження дитини та іншого документу, який підтверджує, що особа є законним представником дитини);

3.8. копія медичного висновку для дітей з інвалідністю до 18 років (форма 080/о) або довідка з Пенсійного фонду України про отримання державної соціальної допомоги дітям з інвалідністю (із зазначенням підгрупи А — при наявності);

3.9. реквізити в уповноваженому банку для безготівкового зарахування коштів на ім'я заявника.

4. Заявник несе відповідальність за надання достовірної інформації. У разі працевлаштування, зміни місця проживання заявник зобов'язаний повідомити управління впродовж 10 днів.

5. 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;
- актовий запис про народження дитини;
- картка платника податків (РНОКПП);
- довідка внутрішньо переміщеної особи (ВПО);
- актовий запис про шлюб;
- пенсійне посвідчення.

У разі направлення заяви поштою копії документів завіряються заявником особисто.

Заява заповнюється та копії документів завіряються чорнилом синього кольору, українською мовою.

6. Допомога виплачується один раз на квартал у розмірі місячного розрахунку, проведеного відповідно до пункту 2 даного Порядку, до кінця бюджетного року. Перша виплата здійснюється протягом місяця з дня звернення, в подальшому виплата проводиться в останній місяць кварталу. Протягом строку призначення розмір допомоги залишається незмінним.

Особам, зазначеним в пп 1.3 пункту 1 допомога виплачується один раз на квартал.

7. У разі наявності в кварталі інвалідності не менше одного місяця, виплата проводиться як за квартал.

Після продовження інвалідності, особа має право звертається повторно для призначення допомоги на новий період поточного року.

Цей пункт Порядку не застосовується до осіб з інвалідністю, які досягли 65-річного віку та мають обидві зазначені категорії.

8. Виплата здійснюється управлінням праці та соціального захисту населення виконавчого комітету Бердянської міської ради (далі – управління) на підставі розпорядження начальника/особи, яка виконує обов'язки на період його відсутності, Бердянської міської військової адміністрації Бердянського району Запорізької області через відділення банків.

9. Виплата грошової допомоги здійснюється за рахунок коштів бюджету Бердянської міської територіальної громади Бердянського району Запорізької області в межах асигнувань, встановлених кошторисом. При наявності бюджетних асигнувань виплата допомоги здійснюється щорічно.

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

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

Начальник управління праці та
соціального захисту населення

Наталія ТОКМАНЬ

Продовження додатка 7 до Програми

Зразок заяви до Порядку

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 допомоги особам, які мають інвалідність або досягли похилого віку

Прошу призначити мені допомогу в _____ році. Про себе повідомляю:

1. _____ (працюю/не працюю);
2. _____ (наявність інвалідності);
3. _____ (перебуваю/не перебуваю на повному державному утриманні).

Призначену допомогу прошу перерахувати _____
(найменування банку)

на рахунок _____

До заяви додається (підкреслити): копія паспорта, копія довідки про присвоєння реєстраційного номера облікової картки платника податків, копія довідки про взяття на облік внутрішньо переміщеної особи, документ про встановлення інвалідності, копія трудової книжки (за наявності), довідка про місячний розмір пенсії та/або державної соціальної допомоги (крім допомоги на дітей з інвалідністю) та інші копії _____

_____ 20__ року _____
(підпис заявника)

Я, _____,
(прізвище, ім'я, по батькові заявника)

- несу персональну відповідальність за достовірність наданих документів та інформації;
- зобов'язуюсь впродовж 10 днів повідомляти про обставини, які впливають на право отримувати допомогу (працевлаштування, зміни місця проживання);
- 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)