

Порядок надання одноразової грошової допомоги

1. Одноразова грошова допомога (далі - допомога) є одним із видів адресної допомоги громадянам України, які зареєстровані на території Бердянської міської територіальної громади та перебувають на території, підконтрольній Україні, на період воєнного стану у зв'язку з:

- 1.1. звільненням з полону;
- 1.2. смертю членів сім'ї, загибеллю військовослужбовця;
- 1.3. невиліковною хворобою, хворобою, що потребує тривалого лікування, потребою в реабілітації;
- 1.4. захворюванням, пораненням, контузіїю, каліцтвом, пов'язаним з виконанням військових обов'язків, під час проходження військової служби, захистом Батьківщини;
- 1.5. звільненням з військової служби за станом здоров'я;

2. Розмір допомоги визначається в залежності від конкретних життєвих обставин, що склалися у заявника, його матеріального стану та доходів.

У разі звернення військовослужбовців та військовослужбовців, звільнених з військової служби за станом здоров'я, матеріальний стан та доходи не враховуються.

У разі звільнення військовослужбовця з полону допомога надається в розмірі 25 000,00 гривень.

У разі смерті члена сім'ї допомога надається у розмірі 5 000,00 гривень. Допомога одному із членів сім'ї загиблого військовослужбовця Збройних сил України, Національної гвардії України, Державної прикордонної служби України, Державної спеціальної служби транспорту, Державної служби спеціального зв'язку та захисту інформації України, Служби безпеки України, Міністерства внутрішніх справ України та осіб з числа добровольчих формувань, які загинули під час бойових дій у зв'язку з військовою агресією Російської Федерації проти України, визначається в розмірі 20 000,00 гривень.

Максимальний розмір допомоги у випадку визначеному підпунктом 1.3. пункту 1 даного Порядку та у зв'язку зі звільнення з полону цивільних осіб не може перевищувати 15 000,00 гривень.

У разі захворювання, поранення, контузії, каліцтва, пов'язаного з виконанням обов'язків військової служби, під час проходження військової служби допомога надається у розмірі 15 000,00 гривень. У випадку отримання поранення, контузії, каліцтва або захворювання під час безпосередньої участі у заходах, пов'язаних з забезпеченням оборони України, захисту безпеки населення та інтересів держави у зв'язку з військовою агресією Російської Федерації проти України (під час захисту Батьківщини після 24.02.2022 року) допомога надається в розмірі 25 000,00 гривень, а при наявності в наданих документах (довідках) інформації, що за ступенем тяжкості травма відноситься до тяжких травм, – 60 000,00 гривень. Допомога пораненим військовослужбовцям виплачується за кожне поранення окремо.

У разі звільнення з військової служби за станом здоров'я допомога надається у розмірі 25 000,00 гривень. У випадку звільнення з військової служби за станом здоров'я внаслідок поранення, контузії, каліцтва або

захворювання, одержаних під час безпосередньої участі у заходах, необхідних для забезпечення оборони України, захисту безпеки населення та інтересів держави у зв'язку з військовою агресією Російської Федерації проти України (під час захисту Батьківщини після 24.02.2022 року) – 35 000,00 гривень.

3. Для отримання допомоги до Бердянської міської військової адміністрації Бердянського району Запорізької області подається заява (зразок заяви до даного Порядку).

У заяві зазначаються обставини, які викликали необхідність одержання допомоги, а також причини за якими особа (сім'я) не має фінансової можливості самотійно розв'язати проблему.

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 із 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 (для звільнених оборонців України надання даної довідки є необов'язковим);

3.4. копія довідки лікувального закладу (у разі якщо заявник вказує невиліковну хворобу, хворобу, що потребує тривалого лікування, необхідність реабілітації, як обставини через які потребує допомоги);

3.5. копії свідоцтва про хворобу та/або довідки, виданої військово-лікарською комісією, про захворювання пов'язане з проходженням військової служби;

3.6. копія наказу (витягу з наказу) про звільнення з військової служби;

3.7. копія довідки про доходи за шість місяців (що становлять два квартали), які передують місяцю звернення за призначенням допомоги форми ОК-5 (для працюючих громадян);

3.8. копія довідки, виданої Міністерством з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій України або ДП «Український національний центр розбудови миру», зазначеного міністерства; копії документів, витягу з реєстру, які підтверджують, що заявник є особою, звільненою з полону (у разі якщо заявник вказує полон, як обставину через яку потребує допомоги);

3.9. копія свідоцтва про смерть та документи, які підтверджують родинний зв'язок (у разі якщо заявник вказує смерть близького родича, як обставину через яку потребує допомоги);

3.10. реквізити в уповноваженому банку для безготівкового зарахування коштів.

4. Допомога, передбачена підпунктом 1.3. пункту 1 даного Порядку, надається один раз на рік.

5. Виплата разової грошової допомоги членам сім'ї загиблого військовослужбовця Збройних сил України, Національної гвардії України, Державної прикордонної служби України, Державної спеціальної служби транспорту, Державної служби спеціального зв'язку та захисту інформації України, Служби безпеки України, Міністерства внутрішніх справ України та осіб з числа добровольчих формувань, які загинули під час бойових дій у зв'язку з військовою агресією Російської Федерації проти України, передбачена пунктом 1.3 додатків 1, 2 Програми, здійснюється один раз одному із членів сім'ї загиблої (померлої) особи.

До членів сімей загиблих (померлих) належать:

- утриманці загиблого;
- батьки;
- один з подружжя або особа, яка перебувала в цивільному шлюбі з загиблим або померлим;
- діти, які не мають та не мали своїх сімей; діти, які мають свої сім'ї, але стали особами з інвалідністю до досягнення повноліття; діти, обоє з батьків які загинули або пропали без вісти.

Для виплати допомоги додатково надаються копії одного/декількох наступних документів:

- 1) сповіщення сім'ї;
- 2) документів, що підтверджує загибель або смерть особи внаслідок поранень, каліцтва, контузії чи інших ушкоджень здоров'я, одержаних під час безпосередньої участі у військових діях, обороні, відсічі, здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і стримуванні збройної агресії Російської Федерації;
- 3) інших документів, необхідних для прийняття рішення.

Дана допомога може бути надана особі, у якої відсутня реєстрація місця проживання в Бердянській міській територіальній громаді та яка є членом сім'ї загиблого військовослужбовця, зареєстрованого в Бердянській міській територіальній громаді. Для виплати допомоги додатково надаються довідки про неотримання аналогічної допомоги за місцем реєстрації та місцем фактичного перебування на обліку внутрішньо переміщених осіб.

6. Виплата одноразової грошової допомоги дітям Захисників та Захисниць України, які загинули (померли) при захисті незалежності, суверенітету та територіальної цілісності України, передбачена пунктом 1.4. додатку 1 Програми здійснюється один раз законному представнику дітей до 18 років, дітям, які навчаються за денною або дуальною формою здобуття освіти в закладах загальної середньої, професійної (професійно-технічної), фахової передвищої та вищої освіти, - до закінчення такими дітьми закладів освіти, але не довше ніж до досягнення ними 23 років. До дітей Захисників та Захисниць України, яким надається зазначена допомога, також відносяться утриманці загиблого (померлого) з числа дітей, яким у зв'язку з цим виплачується пенсія.

Для виплати допомоги додатково надаються наступні документи:

- 6.1. копія паспорта заявника або законного представника дитини;
- 6.2. копія свідоцтва про народження дитини;

6.3. довідка про отримання пенсії по втраті годувальника (для утриманців з числа дітей);

6.4. копія посвідчення з написом «Посвідчення члена сім'ї загиблого Захисника чи Захисниці України» (для дітей до досягнення ними 14-річного віку відповідна довідка) при наявності;

6.5. копія сповіщення сім'ї;

6.6. інші документи, які необхідні для прийняття рішення.

Допомога надається в розмірі 50 тисяч гривень на кожну дитину.

7. Якщо заявник має право на отримання допомоги на підставі пунктів 1.3. та 1.4. додатків 1, 2 Програми, то виплачуються два види допомоги.

8. Заявник несе відповідальність за надання достовірної інформації.

9. Для отримання допомоги заявник звертається особисто або засобами поштового зв'язку до Бердянської міської військової адміністрації Бердянського району Запорізької області.

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 народження дитини;
- 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. Для військовослужбовців допускається використання чорнила чорного кольору.

Заява з необхідними скан/фото документів може бути подана військовослужбовцями (звільненими з військової служби військовослужбовцями) також на електронну адресу Бердянської міської військової адміністрації Бердянського району Запорізької області: bmva_brzo@ukr.net з використанням електронного цифрового підпису.

10. Виплата допомоги здійснюється управлінням праці та соціального захисту населення виконавчого комітету Бердянської міської ради на підставі розпорядження міського голови через відділення банків.

Розпорядження міського голови видається з урахуванням пропозицій Комісії з розгляду заяв про надання допомоги. Склад та положення про Комісію затверджуються розпорядженням начальника/особи, яка виконує обов'язки на період його відсутності, Бердянської міської військової адміністрації Бердянського району Запорізької області.

Додатково протягом січня-лютого 2025 року відповідно до даного Порядку допомога надається також військовослужбовцям на підставі заяв, які надійшли до Бердянської міської військової адміністрації Бердянського району

Запорізької області в листопаді-грудні 2024 року, про виплату допомоги військовослужбовцям в розмірі 10 000,00 гривень та у зв'язку з відзначенням військовослужбовців Збройних Сил України та інших утворених відповідно до законів України військових формувань в розмірі 15 000,00 гривень, стосовно яких в 2024 році не прийнято рішення та не проведено виплату допомоги або відмовлено у наданні допомоги (в порядку перегляду прийнятих раніше рішень). Виплати провести за рахунок асигнувань, виділених на виконання підпункту 1.1. пункту 1. «Соціальна підтримка військових, ветеранів війни та членів їх сімей, членів сімей загиблих (померлих) ветеранів війни, членів сімей загиблих (померлих) Захисників та Захисниць України додатку 1 «Завдання та заходи реалізації Програми».

11. Виплата грошової допомоги здійснюється за рахунок коштів бюджету Бердянської міської територіальної громади в межах асигнувань, встановлених кошторисом.

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

13. Під час оформлення документів про надання грошової 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 4 до Програми

Зразок заяви 1 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 одноразової грошової допомоги

Прошу надати мені одноразову грошову допомогу у зв'язку з:

- ☐ звільненням з полону;
- ☐ смертю членів сім'ї, загибеллю військовослужбовця;
- ☐ невиліковною хворобою; хворобою, що потребує тривалого лікування; потребою в реабілітації;
- ☐ захворюванням, пораненням, контузії, каліцтвом, пов'язаним з виконанням військових обов'язків під час проходження військової служби, під час захисту Батьківщини;
- ☐ звільненням з військової служби за станом здоров'я;
- ☐ на дітей загиблого військовослужбовця.

Склад сім'ї (крім військовослужбовців) _____

Вид доходу (крім військовослужбовців) _____

Середньомісячний дохід (крім військовослужбовців) _____

Наявність доходів від депозитів (крім військовослужбовців) _____

Призначену допомогу прошу перерахувати _____
(установа банку)
на рахунок _____

До заяви додаються:

1. копія паспорта _____
2. копія довідки про присвоєння реєстраційного номера облікової картки платника податків _____
3. копія довідки про взяття на облік внутрішньо переміщеної особи _____
4. копія довідки лікувального закладу (у разі якщо заявник вказує невиліковну хворобу, хворобу, що потребує тривалого лікування, необхідність реабілітації, як обставини через які потребує допомоги) _____
5. копія довідки про доходи за шість місяців (що становлять два квартали), що передують місяцю, який передує місяцю звернення за призначенням допомоги (форма ОК-5) (для працюючих) _____
6. копія свідоцтва про смерть (у разі якщо заявник вказує смерть близького родича, як обставину через яку потребує допомоги) _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

_____ 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 одноразову грошову допомогу на ____ аркушах прийнято
_____ 20__ року.

(підпис)

(ініціали та прізвище відповідальної особи)