

## 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;

1.3. невиліковною хворобою, хворобою, що потребує тривалого лікування, потребою в реабілітації;

1.4. захворюванням, пораненням, контузією, 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 враховується.

У разі звільнення з полону військовослужбовця 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 матеріальної 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, одержані 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.

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 матеріальної допомоги подається заява на ім'я начальника Бердянської міської військової адміністрації Бердянського району Запорізької області. Зразок заяви додається до даного Порядку.

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

До заяви додаються наступні документи:

- копія паспорта;
- копія довідки про присвоєння реєстраційного номеру облікової картки платника податків,
- копія довідки про взяття на облік внутрішньо переміщеної особи (для звільнених оборонців України надання даної довідки є необов'язковим);
- копія довідки лікувального закладу (у разі якщо заявник вказує невиліковну хворобу, хворобу, що потребує тривалого лікування, необхідність реабілітації, як обставини через які потребує допомоги);
- копії свідоцтва про хворобу та/або довідки, виданої військово-лікарською комісією, про захворювання пов'язане з проходженням військової служби;
- копія наказу (витяг з наказу) про звільнення з військової служби);
- копія довідки про доходи за шість місяців (що становлять два квартали), що передують місяцю, звернення за призначенням допомоги форм ОК-5 (для працюючих громадян);
- копія довідки, виданої ДП «Український національний центр розбудови миру» Міністерства з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій України (у разі якщо заявник вказує полон, як обставину через яку потребує допомоги);
- 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);
- реквізити в уповноваженому банку для безготівкового зарахування коштів.

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

5. Виплата разової матеріальної 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, передбаченої пункту 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 або того, хто пропав без вісти;
- 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:

- сповіщення сім'ї;

- документ, 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;

- документи, що підтверджують загибель або смерть особи внаслідок поранень, каліцтва, контузії чи інших ушкоджень здоров'я та безпосередню участь у військових діях, обороні, відсічі, здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і стримуванні збройної агресії російської федерації;

- інші документи, необхідні для прийняття рішення.

6. Виплата одноразової матеріальної 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.

Для виплати допомоги додатково надаються копії наступних документів:

- копія паспорту законного представника дитини,

- копія свідоцтва про народження дитини,

- 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;

- копія сповіщення сім'ї;

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 (м. Запоріжжя, вул. Червона, буд. 24-а). У разі направлення документів поштою, копії документів завіряються заявником самостійно.

Заява з необхідними сканкопіями (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](mailto: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 начальника Бердянської міської військової адміністрації Бердянського району Запорізької області через відділення банків.

Начальник Бердянської міської військової адміністрації Бердянського району Запорізької області приймає рішення з урахуванням пропозицій Комісії з розгляду заяв про надання одноразової грошової допомоги. Склад та положення про Комісію затверджуються розпорядженням начальника Бердянської міської військової адміністрації Бердянського району Запорізької області.

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

12. Сума отриманої матеріальної 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 матеріальної допомоги заявник підписує згоду щодо надання дозволу на обробку, використання, зберігання його особистих даних відповідно до Закону України "Про захист персональних даних".

В.о. начальника управління праці та соціального захисту населення

Надія ГАВШИНА

Зразок заяви до Порядку

Начальнику Бердянської міської  
військової адміністрації Бердянського  
району Запорізької області

\_\_\_\_\_

(прізвище, ім'я, по батькові заявника)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(дата народження, серія та номер  
паспорта, ким виданий)

\_\_\_\_\_

(zareєстроване 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, контузією, каліцтвом, пов'язаним з виконанням обов'язків 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 додаю:

1. копія паспорта \_\_\_\_\_
2. копія довідки про присвоєння реєстраційного номеру 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 матеріальної допомоги) \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 20\_\_ року \_\_\_\_\_  
(підпис заявника)

Я, \_\_\_\_\_,  
(прізвище, ім'я, по батькові)

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)