



ЕНЕРГОДАРСЬКА МІСЬКА ВІЙСЬКОВА АДМІНІСТРАЦІЯ
ВАСИЛІВСЬКОГО РАЙОНУ ЗАПОРІЗЬКОЇ ОБЛАСТІ

РОЗПОРЯДЖЕННЯ
НАЧАЛЬНИКА МІСЬКОЇ ВІЙСЬКОВОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ

13.02.2025

м.Запоріжжя

№25

Про внесення змін до розпорядження начальника Енергодарської міської військової адміністрації від 12.12.2024 №173 «Про затвердження Порядку надання щомісячної грошової допомоги особам з інвалідністю з дитинства I, II групи та дітям з інвалідністю»

У зв'язку з набранням чинності Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо реформування медико-соціальної експертизи та впровадження оцінювання повсякденного функціонування особи» та з метою продовження надання щомісячної грошової допомоги особам з інвалідністю з дитинства I, II групи та дітям з інвалідністю, враховуючи Указ Президента України від 24.02.2022 №64/2022 «Про введення воєнного стану в Україні» (зі змінами), затвердженого Законом України від 24.02.2022 №2102-IX (зі змінами), Указ Президента України від 07.04.2023 №197/2023 «Про утворення військових адміністрацій населених пунктів у Запорізькій області», постанову Верховної Ради України від 02.05.2023 №3059-IX «Про здійснення начальниками військових адміністрацій населених пунктів у Бердянському, Василівському, Мелітопольському та Пологівському районах Запорізької області повноважень, передбачених частиною другою статті 10 Закону України «Про правовий режим воєнного стану», керуючись Законом України «Про місцеве самоврядування в Україні», частиною 2 статті 10, пунктом 8 частини 7 статті 15 Закону України «Про правовий режим воєнного стану»,

ЗОБОВ'ЯЗУЮ:

1. Внести зміни до Порядку надання щомісячної грошової допомоги особам з інвалідністю з дитинства I, II групи та дітям з інвалідністю, затвердженого розпорядження начальника Енергодарської міської військової адміністрації від 12.12.2024 №173 (далі – Порядок), а саме:

1) абзац г підпункту 1 пункту 3 розділу II Порядку викласти у новій редакції: «г) копію довідки до акта огляду МСЕК про встановлення інвалідності / витягу з рішення експертної команди з оцінювання повсякденного функціонування особи (для особи з інвалідністю з дитинства I, II групи) / медичного висновку ЛКК (для дитини з інвалідністю віком до 18-ти років) термін дії яких не сплинув на дату звернення»;

2) доповнити пункт 5 розділу II Порядку пунктом 5¹ такого змісту:

«5¹. У разі коли особа з інвалідністю з дитинства I, II групи не мала змоги пройти своєчасно повторне оцінювання повсякденного функціонування особи, призначеного з 01.01.2025, щомісячна грошова допомога призначається з місяця звернення строком до 01.07.2025. Подовження виплати щомісячної грошової допомоги з 01.07.2025 відбувається за умови вторинного звернення з поданням витягу з рішення експертної команди з оцінювання повсякденного функціонування особи з інвалідністю з дитинства I, II групи (далі – витяг з рішення ЕКОПФ).

Якщо у витягу з рішення ЕКОПФ особі з інвалідністю з дитинства I групи вперше з початку набуття інвалідності встановлено підгрупу «А» і звернення надійшло до 01.07.2025, перерахунок щомісячної грошової допомоги проводиться з місяця звернення у розмірі відповідно до пункту 6 розділу II Порядку.

Якщо у витягу з рішення ЕКОПФ особі з інвалідністю з дитинства I групи скасовано підгрупу «А» виплата щомісячної грошової допомоги подовжується у призначеному розмірі до 01.07.2025 без здійснення перерахунку раніше виплаченої щомісячної грошової допомоги. З 01.07.2025 на підставі вторинного звернення подовження виплати щомісячної грошової допомоги здійснюється у розмірі відповідно до пункту 6 розділу II Порядку.

У разі коли особа з інвалідністю з дитинства I, II групи не мала змоги пройти своєчасно повторний медичний огляд, призначений їй до 01.01.2025, але у строк не раніше, ніж за три місяці до дати звернення, щомісячна грошова допомога призначається з місяця звернення по місяць, в якому спливає тримісячний термін з дати закінчення строку дії довідки до акта огляду МСЕК про встановлення інвалідності. У разі звернення за подовженням виплати щомісячної грошової допомоги та поданням витягу з рішення ЕКОПФ особи з інвалідністю з дитинства I, II групи УПСЗН ЕМР приймає рішення про подовження виплати щомісячної грошової допомоги з місяця звернення до 31 грудня 2025 року, але не більше ніж на термін дії інвалідності та у розмірах відповідно до пункту 6 розділу II Порядку.

Дія цього пункту поширюється на осіб з інвалідністю з дитинства I, II групи, які мають фактичне місце проживання / перебування на території, підконтрольній органам державної влади України, або за межами державного кордону України.»;

3) викласти зразок заяви, зазначений у додатку до Порядку надання щомісячної грошової допомоги особам з інвалідністю з дитинства I, II групи та дітям з інвалідністю, у новій редакції згідно з додатком.

2. Зміни до Порядку набирають чинності з дня їх офіційного оприлюднення.

3. Контроль за виконанням розпорядження покласти на першого заступника начальника міської військової адміністрації Дабіжу Я.Г.

Начальник міської
військової адміністрації



Дмитро ОРЛОВ

Додаток до розпорядження
начальника міської військової
адміністрації
13.02.2025 №25

ЗРАЗОК заяви

Начальнику управління праці та
соціального захисту населення ЕМР

(соціальний статус заявника)

(прізвище, ім'я, по батькові заявника)

(адреса реєстрації місця проживання)

(адреса фактичного місця проживання)

(контактний номер телефону)

(адреса електронної пошти)

заява.

Прошу ☐ призначити щомісячну грошову допомогу на 202__ рік /

☐ подовжити виплату щомісячної грошової допомоги на 202__ рік *(обрати
необхідне)*

☐ мені, як особі з інвалідністю з дитинства І«А» / І / II групи *(обрати
необхідне)*

☐ на особу з інвалідністю з дитинства І«А» / І / II групи *(обрати необхідне)*

(прізвище, ім'я, по батькові особи з інвалідністю з дитинства)

☐ на дитину з інвалідністю підгрупи «А» віком до 18-ти років/ дитину з
інвалідністю віком до 18-ти років *(обрати необхідне)*

(прізвище, ім'я, по батькові дитини з інвалідністю до 18-ти років)

До заяви додаю:

- ☐ копію паспорта (всі сторінки)/ копію ID-картки *(обрати необхідне)*;
- ☐ витяг про місце проживання;
- ☐ копію реєстраційного номера облікової картки платника податків/ відмітку у
паспорті про його відсутність *(обрати необхідне)*;
- ☐ копію довідки до акту огляду МСЕК / витягу з рішення експертної команди з
оцінювання повсякденного функціонування особи / медичного висновку ЛКК
(обрати необхідне);
- ☐ копію(-ї) довідки(-ок) про взяття на облік внутрішньо переміщеної особи у
кількості __шт. *(вказати кількість довідок)*;
- ☐ довідку з банківської установи про відкриття особистого рахунку за
стандартами IBAN;
- ☐ копію свідоцтва про народження, копію свідоцтва про шлюб, копію рішення про
опіку, копію рішення про піклування, копію документа, що посвідчує особу з
інвалідністю з дитинства I, II групи, яка перебуває під опікою/піклуванням
(обрати необхідне);
- ☐ інше _____
(вказати інший(-і) документ(-и))

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

несу персональну відповідальність за достовірність наданої інформації, що
впливає на призначення/подовження виплати щомісячної грошової допомоги
(обрати необхідне) відповідно до Порядку надання щомісячної грошової
допомоги особам з інвалідністю з дитинства I, II групи та дітям з інвалідністю,
затвердженого розпорядженням начальника міської військової адміністрації від
12.12.2024 №173, з яким ознайомлений/ознайомлена на сайті Енергодарської
міської територіальної громади, а саме *(вказати дійсне*)*:

- ☐ я маю фактичне місце проживання/перебування// особа з інвалідністю з
дитинства I, II групи/ дитина з інвалідністю віком до 18-ти років має фактичне
місце проживання/перебування на території, підконтрольній державним
органам влади України *(обрати необхідне)*;
- ☐ я маю фактичне місце проживання/перебування // особа з інвалідністю з
дитинства I, II групи/ дитина з інвалідністю віком до 18-ти років має фактичне
місце проживання/перебування за межами державного кордону України
(обрати необхідне);
- ☐ я проживаю// особа з інвалідністю з дитинства I, II групи/ дитина з
інвалідністю віком до 18-ти років проживає на тимчасово окупованій території
Енергодарської міської територіальної громади *(обрати необхідне)*;
- ☐ я не проживаю (не перебуваю) // особа з інвалідністю з дитинства I, II групи/
дитина з інвалідністю віком до 18-ти років не проживає (не перебуває) у
стаціонарному інтернатному закладі на повному державному утриманні
(обрати необхідне);
- ☐ мені / особі з інвалідністю з дитинства подовжено термін дії інвалідності з
дитинства по групі I«А» / I / II *(обрати необхідне)*;
- ☐ дитині з інвалідністю віком до 18-ти років подовжено термін дії інвалідності/
інвалідності по підгрупі «А» *(обрати необхідне)*;
- ☐ мені/ особі з інвалідністю з дитинства змінена група інвалідності з дитинства на

III групи/ знята інвалідність з дитинства та/або дитині з інвалідністю віком до 18-ти років знята інвалідність (обрати необхідне);

- ☐ ставися зміни у складі сім'ї: померла особа з інвалідністю з дитинства I, II групи/дитина з інвалідністю віком до 18-ти років, на яку призначена щомісячна грошова допомога; особа з інвалідністю з дитинства I, II групи/дитина з інвалідністю віком до 18-ти років, на яку призначена щомісячна грошова допомога, влаштована до стаціонарного інтернатного закладу на повне державне утримання (обрати необхідне);

- ☐ інше _____
(вказати інші причини, що можуть вплинути на призначення/подовження виплати щомісячної грошової допомоги)

Примітка: * – обов'язково для заповнення

_____. 202__ р.
(дата) (підпис)

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

зобов'язуюсь протягом 10-ти робочих днів повідомити УПСЗН ЕМР про зміну інформації у вище перелічених обставинах, які впливають на право одержання щомісячної грошової допомоги, та усвідомлюю, що за надання завідомо недостовірної інформації або порушення виконання вимог пункту 8 розділу II Порядку, буду позбавлений/позбавлена виплати щомісячної грошової допомоги та притягнутий/притягнута до повернення надміру виплачених та/або безпідставно одержаних коштів згідно з чинним законодавством України.

_____. 202__ р.
(дата) (підпис)

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

даю згоду на обробку своїх персональних даних та передачі їх третім особам відповідно до чинного законодавства України.

_____. 202__ р.
(дата) (підпис)

Про прийняте рішення прошу повідомити у зазначений спосіб (обрати один варіант):

- ☐ вайбер (моб. тел.): _____;
- ☐ електронна пошта (E-mail): _____;
- ☐ заберу особисто у приміщенні КУ «Комп'ютерний інформаційно-обчислювальний центр ЗОР» за адресою: м. Запоріжжя, вул. Олександрівська, 44, каб. 26.

_____. 202__ р.
(дата) (підпис)

Заповнює представник заявника за довіреністю:

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

подаю заяву та необхідні документи на призначення/подовження виплати щомісячної грошової допомоги (обрати необхідне) за довіреністю від

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

Для підтвердження своїх повноважень додаю:

- ☐ копію паспорта (сторінки 1-4)/ копію ID-картки (обрати необхідне);
- ☐ копію довіреності.

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

даю згоду на обробку своїх персональних даних та передачі їх третім особам відповідно до чинного законодавства України.

_____. 202__ р.
(дата) (підпис)

Перший заступник начальника
міської військової адміністрації



Яна ДАБІЖА