



**ЕНЕРГОДАРСЬКА МІСЬКА ВІЙСЬКОВА АДМІНІСТРАЦІЯ
ВАСИЛІВСЬКОГО РАЙОНУ ЗАПОРІЗЬКОЇ ОБЛАСТІ**

**РОЗПОРЯДЖЕННЯ
НАЧАЛЬНИКА МІСЬКОЇ ВІЙСЬКОВОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ**

23.09.2025

м.Запоріжжя

№157

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»

3 метою посилення соціальної підтримки та подовження надання щомісячної грошової допомоги особам з інвалідністю з дитинства I, II групи та дітям з інвалідністю, на виконання Програми соціальної підтримки населення м.Енергодара на 2024-2026 роки, затвердженої розпорядженням начальника міської військової адміністрації від 03.11.2023 №112 (зі змінами), 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 розпорядженням начальника Енергодарської міської військової адміністрації від 12.12.2024 №173 (далі – Порядок), а саме:

1) в абзаці а) підпункту 1) пункту 3 розділу II Порядку після слів «з додатком» додати цифру «1»;

2) в абзаці є) підпункту 1) пункту 3 розділу II Порядку розділовий знак «;» замінити на «.» та додати з абзацу текст такого змісту:

«Для отримання одноразово підвищеного розміру щомісячної грошової допомоги, пов'язаного з проходженням стаціонарного лікування з або без оперативного втручання, заявник додатково подає:

а) заяву за формою встановленого зразка згідно з додатком 2 до Порядку;

б) копію виписки із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого (форма №027/о, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14.02.2012 №110) (для особи з інвалідністю з дитинства I, II групи або дитини з інвалідністю віком до 18-ти років, яка на дату звернення пройшла курс

стаціонарного лікування) або копію довідки з медичного закладу про факт перебування на стаціонарному лікуванні (для особи з інвалідністю з дитинства I, II групи або дитини з інвалідністю віком до 18-ти років, яка на дату звернення проходить курс лікування в стаціонарному відділенні);»;

3) доповнити пункт 5 розділу II Порядку пунктом 5² такого змісту:

«5². У разі коли особа з інвалідністю з дитинства I, II групи або дитина з інвалідністю віком до 18-ти років, яка протягом календарного року, в якому отримує щомісячну грошову допомогу, пройшла (перебуває) на стаціонарному лікуванні (крім проходження курсу реабілітації) з або без оперативного втручання не менше 10-ти календарних днів, має право на отримання одноразово (не більше одного разу на поточний рік) підвищеного розміру щомісячної грошової допомоги.»;

4) доповнити пункт 6 розділу II Порядку абзацом такого змісту:

«40000 грн одноразово – замість призначеного щомісячного розміру на осіб з інвалідністю з дитинства I, II групи та на дітей з інвалідністю віком до 18-ти років, незалежно від встановленої підгрупи.»;

5) у додатку до Порядку після слова «Додаток» додати цифру «1».

2. Затвердити зразок заяви до Порядку надання щомісячної грошової допомоги особам з інвалідністю з дитинства I, II групи та дітям з інвалідністю згідно з додатком 2.

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

4. Контроль за виконанням розпорядження покласти на керуючого справами виконавчого комітету Дабіжу Я.Г.

Начальник міської
військової адміністрації



Дмитро ОРЛОВ

Додаток 2 до Порядку надання
щомісячної грошової допомоги
особам з інвалідністю з дитинства
I, II групи та дітям з інвалідністю

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 одноразово підвищений розмір щомісячної грошової
допомоги у 202__ році

- ☐ мені, як особі з інвалідністю з дитинства
☐ на особу з інвалідністю з дитинства

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

- ☐ на дитину з інвалідністю

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

До заяви додаю:

- ☐ копію виписки із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого/
копію довідки з медичного закладу про факт перебування на стаціонарному
лікуванні)(обрати необхідне);

- ☐ інше _____
(вказати інший(-и) документ(-и))

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

несу персональну відповідальність за достовірність наданої інформації, що
впливає на призначення одноразово підвищеного розміру щомісячної грошової
допомоги 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 зі змінами від 23.09.2025 №157, з якими ознайомлений/ознайомлена на
сайті Енергодарської міської територіальної громади, щодо факту перебування
такої особи на стаціонарному лікуванні з або без оперативного втручання в
термін, що дорівнює або перевищує 10-ть календарних днів а також перебування
в стаціонарі не пов'язане з проходженням курсу реабілітації.

_____. 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):

- ☐ 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 одноразово підвищеного розміру щомісячної грошової допомоги 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)