



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

**РОЗПОРЯДЖЕННЯ
НАЧАЛЬНИКА МІСЬКОЇ ВІЙСЬКОВОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ**

18.12.2025

м.Запоріжжя

№210

Про затвердження Порядку надання щомісячної грошової допомоги особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю

У зв'язку із змінами у чинному законодавстві України, 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, з метою продовження матеріальної підтримки осіб з інвалідністю з дитинства та сімей, в яких виховуються діти з інвалідністю, які опинилися у складних життєвих обставинах під час дії воєнного стану в Україні, 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 державну соціальну допомогу особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю», 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. Затвердити Порядок надання щомісячної грошової допомоги особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю (далі – Порядок), що додається.
2. Встановити, що Порядок набирає чинності з 01.01.2026.
3. Визнати такими, що втратили чинність з 01.01.2026, розпорядження начальника 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» зі змінами,

внесеними розпорядженнями начальника міської військової адміністрації від 13.02.2025 №25, від 04.09.2025 №142, від 23.09.2025 №157.

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

Начальник міської
військової адміністрації



Дмитро ОРЛОВ

ЗАТВЕРДЖЕНО

Розпорядження начальника
Енергодарської міської
військової адміністрації
18 грудня 2025 року №210

ПОРЯДОК

надання щомісячної грошової допомоги особам з інвалідністю з дитинства
та дітям з інвалідністю

I. Загальні положення

1. Порядок надання щомісячної грошової допомоги особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю (далі – Порядок) визначає механізм використання коштів бюджету Енергодарської міської територіальної громади для надання щомісячної грошової допомоги особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю (далі – щомісячна грошова допомога) в рамках реалізації Програми соціальної підтримки населення м. Енергодара на 2024-2026 роки, затвердженої розпорядженням начальника міської військової адміністрації від 03.11.2023 №112 зі змінами.

2. Розпорядником коштів бюджету Енергодарської міської територіальної громади з виконання цього Порядку є управління праці та соціального захисту населення Енергодарської міської ради (далі – УПСЗН ЕМР).

II. Умови та порядок надання щомісячної грошової допомоги

1. Щомісячна грошова допомога надається особі з інвалідністю з дитинства, а у разі визнання такої особи недієздатною/обмежено дієздатною – її законному представнику, одному з батьків/законному представнику дитини з інвалідністю віком до 18-ти років (далі – заявник) за умови:

а) заявник, у тому числі особа з інвалідністю з дитинства, яка перебуває під опікою/піклуванням, є громадянином України;

б) заявник та/або особа з інвалідністю з дитинства, яка перебуває під опікою/піклуванням, дитина з інвалідністю віком до 18-ти років станом на 24.02.2022 та на дату звернення має/мають безперервну реєстрацію місця проживання у м. Енергодарі Василівського району Запорізької області;

в) заявник, особа з інвалідністю з дитинства, яка перебуває під опікою/піклуванням, дитина з інвалідністю віком до 18-ти років мають фактичне місце проживання/перебування на території, підконтрольній органам державної влади України, або за межами державного кордону України;

г) особа з інвалідністю з дитинства, у тому числі яка перебуває під опікою/піклуванням, та дитина з інвалідністю віком до 18-ти років на дату звернення повинні мати копію чинної довідки до акта огляду МСЕК про встановлення інвалідності/витягу з чинного рішення експертної команди з оцінювання повсякденного функціонування особи з інвалідністю з дитинства

(відповідно до витягу з даного рішення) або копію чинного медичного висновку ЛКК про дитину з інвалідністю віком до 18-ти років.

2. Щомісячна грошова допомога призначається на кожну особу з інвалідністю з дитинства/дитину з інвалідністю віком до 18-ти років, яка проживає у сім'ї чи якою опікується один законний представник. У такому разі заявник подає окремі заяви з документами, перелік яких визначено у пункті 3 розділу II Порядку.

3. Для оформлення щомісячної грошової допомоги заявник подає:

а) заяву за формою встановленого зразка згідно з додатком 1 до Порядку;

б) копію паспорта (всі сторінки) або ID-картки, у тому числі особи з інвалідністю з дитинства, яка перебуває під опікою/піклуванням;

в) витяг про місце проживання (формується засобами Порталу Дія, зокрема мобільного додатка Порталу Дія, на дату подання заяви), у тому числі особи з інвалідністю з дитинства, яка перебуває під опікою/піклуванням, дитини з інвалідністю віком до 18-ти років;

г) копію реєстраційного номера облікової картки платника податків (крім особи, яка через свої релігійні переконання відмовляється від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомила про це відповідному контролюючому органу і має відмітку у паспорті), у тому числі особи з інвалідністю з дитинства, яка перебуває під опікою/піклуванням, дитини з інвалідністю віком до 18-ти років;

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) /медичного висновку ЛКК (для дитини з інвалідністю віком до 18-ти років) термін дії яких не сплинув на дату звернення;

д) копію довідки про взяття на облік внутрішньо переміщеної особи, у тому числі особи з інвалідністю з дитинства, яка перебуває під опікою/піклуванням, дитини з інвалідністю віком до 18-ти років (за наявності);

е) довідку з банківської установи про відкриття особистого рахунку за стандартами IBAN, на який може бути зарахована щомісячна грошова допомога;

є) копії документів, які підтверджують сімейні правовідносини, родинні зв'язки, представництво інтересів (свідоцтво про народження, свідоцтво про шлюб або документи, що їх замінюють, рішення про опіку/піклування, документ, що посвідчує особу з інвалідністю з дитинства, яка перебуває під опікою/піклуванням тощо).

Для отримання одноразового підвищеного розміру щомісячної грошової допомоги, пов'язаного з проходженням стаціонарного лікування/оперативного втручання, заявник додатково подає:

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

б) копію виписки з 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 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

або дитини з інвалідністю віком до 18-ти років, яка на дату звернення проходить курс лікування у стаціонарному відділенні).

У разі звернення особи, яка представляє заявника за довіреністю (далі – представник), додатково з документами, перелік яких визначено у пункті 3 розділу II Порядку, представник подає:

- а) копію паспорта (сторінки 1-4) або ID-картки;
- б) копію документа, що підтверджує його повноваження (довіреність).

4. Заява з документами, перелік яких визначено у пункті 3 розділу II Порядку, подається у паперовій формі до Центру допомоги евакуйованим громадянам з м. Енергодара (м. Запоріжжя, пр. Соборний, 226, 10 корпус ЗНУ) або до приміщення КУ «Комп'ютерний інформаційно-обчислювальний центр ЗОР» (м. Запоріжжя, вул. Олександрівська, 44, каб.26), або у сканованій формі надсилається на електронну адресу: 2328_uszn@ukr.net.

5. Щомісячна грошова допомога призначається з місяця надходження заяви з документами, перелік яких визначено у пункті 3 розділу II Порядку, на термін до 31 грудня поточного року, але не більше ніж на термін дії інвалідності.

Термін прийому заяви з документами, перелік яких визначено у пункті 3 розділу II Порядку, є обмеженим. Остання дата звернення – не пізніше 30 листопада поточного року.

У разі коли особа з інвалідністю з дитинства або дитина з інвалідністю віком до 18-ти років у поточному році пройшла повторний медичний огляд, УПСЗН ЕМР (у спосіб, яким надійшло первинне звернення) надається копія витягу з рішення експертної команди з оцінювання повсякденного функціонування особи (для особи з інвалідністю з дитинства) або копія медичного висновку ЛКК (для дитини з інвалідністю віком до 18-ти років) разом із заявою за формою встановленого зразка згідно з додатком 1 до Порядку.

У разі зміни групи/підгрупи інвалідності перерахунок розміру щомісячної грошової допомоги здійснюється з місяця, в якому змінено групу/підгрупу інвалідності відповідно до чинного медичного висновку про встановлення інвалідності, за умови, що заява подана протягом не більше 10-ти календарних днів від дати зміни групи/підгрупи інвалідності. В іншому випадку перерахунок розміру щомісячної грошової допомоги здійснюється з місяця в якому надійшло звернення.

У разі зняття інвалідності, виплата щомісячної грошової допомоги припиняється з 01 числа місяця, наступного за тим, в якому знята інвалідність.

6. Щомісячна грошова допомога не призначається на особу з інвалідністю з дитинства/ дитину з інвалідністю віком до 18-ти років, яка проживає (перебуває) у стаціонарному інтернатному закладі на повному державному утриманні.

7. У разі коли особа з інвалідністю з дитинства 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) без оперативного втручання не менше 10-ти календарних днів, або з проведенням оперативного втручання (кількість днів не обмежена), має право на отримання одноразово (не більше одного разу на поточний рік) підвищеного розміру щомісячної грошової допомоги.

8. Щомісячна грошова допомога призначається без урахування сукупного доходу сім'ї, в якій проживає чи перебуває під опікою особа з інвалідністю з дитинства/ дитина з інвалідністю віком до 18-ти років та виплачується за наявності фінансування у таких розмірах:

5000,00 грн на місяць – на дітей з інвалідністю віком до 18-ти років, віднесених до підгрупи «А» та на осіб з інвалідністю з дитинства I групи, віднесених до підгрупи «А»;

4000,00 грн на місяць – на дітей з інвалідністю віком до 18-ти років та на осіб з інвалідністю з дитинства I, II групи;

3000,00 грн. на місяць – на осіб з інвалідністю з дитинства III групи;

40000,00 грн одноразово – у зв'язку з проходженням стаціонарного лікування/оперативного втручання замість призначеного щомісячного розміру на осіб з інвалідністю з дитинства та на дітей з інвалідністю віком до 18-ти років, незалежно від встановленої групи/підгрупи.

Щомісячна грошова допомога виплачується за наявності фінансування затверджених бюджетних призначень на відповідний рік шляхом перерахування УПСЗН ЕМР коштів на особовий рахунок заявника, відкритий в банківській установі. У разі тимчасової відсутності фінансування, зарахування коштів відбувається після поновлення такої можливості.

9. Датою звернення за щомісячною грошовою допомогою вважається дата надходження заяви з документами, перелік яких визначено у пункті 3 розділу II Порядку, що відображається у журналі реєстрації заяв на призначення щомісячної грошової допомоги, відповідно до якого формується черговість їх розгляду та формування виплатних документів у межах фінансування затверджених бюджетних призначень на відповідний рік.

Якщо під час звернення подані не всі документи, необхідні для призначення/подовження виплати щомісячної грошової допомоги, перелік яких визначено у пункті 3 розділу II Порядку, заявник має право у місячний термін додати їх до своєї заяви, про що отримує повідомлення від УПСЗН ЕМР у спосіб зазначений у заяві. У такому разі щомісячна грошова допомога буде призначена з місяця надходження заяви.

У разі звернення про щомісячну грошову допомогу після 15 листопада 2026 року, термін додавання відсутніх документів є обмеженим – до 15 грудня 2026 року.

10. Заявник, якому призначено щомісячну грошову допомогу, зобов'язаний протягом 10-ти робочих днів у будь-який спосіб повідомити УПСЗН ЕМР про зміну обставин, які впливають на право одержання щомісячної грошової допомоги, а саме:

а) зміни у складі сім'ї, які стосуються особи з інвалідністю з дитинства/ дитини з інвалідністю віком до 18-ти років, на яку призначена щомісячна грошова допомога;

б) влаштування особи з інвалідністю з дитинства/ дитини з інвалідністю віком до 18-ти років до стаціонарного інтернатного закладу на повне державне утримання;

в) зміна фактичного місця проживання/перебування у зв'язку з виїздом заявника та/або особи з інвалідністю з дитинства, яка перебуває під

опікою/піклуванням, та/або дитини з інвалідністю віком до 18-ти років на тимчасово окуповану територію України;

г) зняття інвалідності та інше.

У такому випадку виплата щомісячної грошової допомоги припиняється з 01 числа місяця, наступного за тим, в якому відбулися зміни. У разі переплати заявник зобов'язаний повернути надміру виплачені кошти як безпідставно одержані згідно з чинним законодавством України.

11. Заявник несе персональну відповідальність за достовірність наданої інформації. У разі встановлення факту про надання завідомо недостовірної інформації, зазначеній у заяві, заявник вважається таким, що порушує вимоги даного Порядку, що є підставою для припинення виплати/відмови у призначенні щомісячної грошової допомоги. У разі переплати заявник зобов'язаний повернути надміру виплачені кошти як безпідставно одержані згідно з чинним законодавством України.

12. Журнал реєстрації заяв на призначення щомісячної грошової допомоги та документи на виплату щомісячної грошової допомоги ведуться у будь-якій формі (електронна, паперова).

13. Спеціаліст УПСЗН ЕМР не несе відповідальності в частині накопичення та зберігання документів, пов'язаних з наданням щомісячної грошової допомоги, у випадку коли це неможливо через наслідки, спричинені воєнними діями.

14. Формування документів на виплату щомісячної грошової допомоги здійснюється щомісяця з урахуванням технічної можливості.

15. Персональні дані заявника/представника, особи з інвалідністю з дитинства, яка перебуває під опікою/піклуванням, дитини з інвалідністю віком до 18-ти років, отримані у зв'язку з реалізацією цього Порядку, збираються, обробляються та використовуються відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» та можуть бути передані третім особам відповідно до вимог чинного законодавства України.

16. При формуванні виплатних документів щодо виконання фінансових операцій з призначення щомісячної грошової допомоги використовується печатка УПСЗН ЕМР.

III. Відмова у наданні щомісячної грошової допомоги

Підставою для відмови у наданні щомісячної грошової допомоги є:

а) заявник, особа з інвалідністю з дитинства, яка перебуває під опікою/піклуванням, не є громадянином України;

б) заявник та/або особа з інвалідністю з дитинства, яка перебуває під опікою/піклуванням, дитина з інвалідністю віком до 18-ти років станом на 24.02.2022 та на дату звернення не має/не мають безперервну реєстрацію місця проживання у м.Енергодарі Василівського району Запорізької області;

в) заявник, особа з інвалідністю з дитинства, яка перебуває під опікою/піклуванням, дитина з інвалідністю віком до 18-ти років не мають фактичного місця проживання/перебування на території, підконтрольній органам державної влади України, або за межами державного кордону України;

г) копія довідки до акта огляду МСЕК про встановлення інвалідності/витягу з рішення експертної команди з оцінювання повсякденного функціонування особи з інвалідністю з дитинства (відповідно до витягу з даного рішення) або копія медичного висновку ЛКК про дитину з інвалідністю віком до 18-ти років є нечинним на дату звернення;

г) особа з інвалідністю з дитинства/ дитина з інвалідністю віком до 18-ти років проживає (перебуває) у стаціонарному інтернатному закладі на повному державному утриманні;

д) подання документів, перелік яких визначено у пункті 3 розділу II Порядку, у неповному обсязі та/або надання недостовірної інформації у заяві;

е) зняття інвалідності;

є) проходження курсу реабілітації замість стаціонарного лікування;

ж) тривалість стаціонарного лікування менше 10-ти календарних днів (за винятком стаціонарного лікування з оперативним втручанням);

з) звернення надійшло після 30 листопада поточного року;

и) відсутні документи додані з порушенням вимог абзаців другого та/або третього пункту 9 розділу II Порядку;

і) заява підлягає відмові за чергою як така, за якою перевищено ліміт фінансування затверджених бюджетних призначень на відповідний рік;

ї) відсутність обсягу фінансування на відповідний бюджетний рік за Програмою соціальної підтримки населення м. Енергодара на 2024-2026 роки, затвердженою розпорядженням начальника міської військової адміністрації від 03.11.2023 №112 зі змінами.

IV. Взаємодія з комісією з питань надання матеріальної/грошової допомоги за рахунок коштів бюджету Енергодарської міської територіальної громади

1. Комісія з питань надання матеріальної/грошової допомоги за рахунок коштів бюджету Енергодарської міської територіальної громади (далі – Комісія) розглядає заяви та документи (довідки, витяги з документів, акти тощо), які відсутні у переліку документів, затверджених у розділі II Порядку, або подані заявником документи містять не повну інформацію, яка впливає на визначення розміру відповідної допомоги, але які можуть бути взяті до уваги та розглянуті як додаткові документи для прийняття Комісією рішення про надання відповідної допомоги, як виняток.

2. Спеціаліст УПСЗН ЕМР здійснює формування отриманих від заявника документів та, доповнюючи їх пояснювальною запискою, надсилає секретарю Комісії для подальшого розгляду на засіданні Комісії.

3. Комісія відповідно до покладених на неї завдань розглядає отримані документи не рідше ніж один раз на місяць та приймає рішення про надання відповідної допомоги, як виняток, або про відмову у наданні відповідної допомоги.

Рішення Комісії оформлюється протоколом, який у п'ятиденний термін надсилається до УПСЗН ЕМР для виконання та зберігання.

У триденний термін з дати отримання протоколу Комісії начальник УПСЗН ЕМР видає наказ про його виконання.

Протокол Комісії та наказ начальника УПСЗН ЕМР додаються до заяви з документами заявника та зберігаються разом.

V. Організація та контроль за ходом виконання Порядку

Організацію та контроль за виконанням Порядку, а також за цільовим та ефективним використанням коштів Енергодарської міської територіальної громади здійснює керуючий справами виконавчого комітету відповідно до розподілу обов'язків.

Керуючий справами виконавчого комітету



Тетяна ДАБІЖА

Додаток 1 до Порядку надання щомісячної грошової допомоги особам з інвалідністю з дитинства 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 щомісячну грошову допомогу на 202__ рік /
☐ продовжити виплату щомісячної грошової допомоги на 202__ рік/
☐ здійснити перерахунок через зміну підгрупи інвалідності
(обрати необхідне)

☐ мені, як особі з інвалідністю з дитинства I«А» / I / II / III групи (обрати необхідне)
☐ на особу з інвалідністю з дитинства I«А» / I / II / III 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) у кількості ____ шт. (вказати кількість);
- ☐ витяг про місце проживання у кількості ____ шт. (вказати кількість);
- ☐ копію реєстраційного номера облікової картки платника податків у кількості ____ шт. (вказати кількість) / 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);
- ☐ довідку з банківської установи про відкриття особистого рахунку за стандартами IBAN;
- ☐ копію свідоцтва про народження/ документ, що його замінює, копію свідоцтва про шлюб/ документ, що його замінює, копію рішення про опіку, копію рішення про піклування, копію документа, що посвідчує особу з інвалідністю з дитинства, 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/ перерахунок щомісячної грошової допомоги (обрати необхідне) відповідно до Порядку надання щомісячної грошової допомоги особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю, затвердженого розпорядженням начальника міської військової адміністрації від 18.12.2025 №210 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 / 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 / дитина з інвалідністю віком до 18-ти років має фактичне місце проживання/перебування за межами державного кордону України (обрати необхідне);
- ☐ я не проживаю (не перебуваю) / особа з інвалідністю з дитинства / 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 / III (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 групу / змінена підгрупа інвалідності / знята інвалідність з дитинства

(обрати необхідне);

- ☐ дитині з інвалідністю віком до 18-ти років змінена підгрупа інвалідності / знята інвалідність (обрати необхідне);
- ☐ сталися зміни у складі сім'ї: померла особа з інвалідністю з дитинства / дитина з інвалідністю віком до 18-ти років, на яку призначена щомісячна грошова допомога; особа з інвалідністю з дитинства / дитина з інвалідністю віком до 18-ти років, на яку призначена щомісячна грошова допомога, влаштована до стаціонарного інтернатного закладу на повне державне утримання; особа з інвалідністю з дитинства / дитина з інвалідністю віком до 18-ти років, на яку призначена щомісячна грошова допомога, змінила фактичне місце проживання/перебування у зв'язку з виїздом на тимчасово окуповану територію України (обрати необхідне);
- ☐ інше _____.

(вказати інші обставини, що можуть вплинути на призначення/подовження виплати/
перерахунок 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 обставин, які впливають на право одержання щомісячної грошової допомоги, та усвідомлюю, що за надання завідомо недостовірної інформації або порушення виконання вимог пункту 10 розділу II Порядку, буду позбавлений/позбавлена виплати щомісячної грошової допомоги та притягнутий/притягнута до повернення надміру виплачених та 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, персональних даних особи з інвалідністю з дитинства, яка перебуває під опікою/піклуванням // дитини з інвалідністю віком до 18-ти років 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/подовження виплати/ перерахунок 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)

Додаток 2 до Порядку надання щомісячної грошової допомоги особам з інвалідністю з дитинства 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 віком до 18-ти років

(прізвище, ім'я, по батькові дитини з інвалідністю віком 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(-і) 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 та дітям з інвалідністю, затвердженого розпорядженням начальника міської військової адміністрації від 18.12.2025 №210, з яким ознайомлений/ознайомлена на сайті Енергодарської міської територіальної громади, щодо факту перебування такої особи на стаціонарному лікуванні, яке не пов'язане з проходженням курсу реабілітації, та дорівнює або перевищує 10-ть календарних днів (без оперативного втручання) або необмежено кількістю днів (з оперативним втручанням).

_____. 202__ р.
(дата) _____
(підпис)

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

даю згоду на обробку своїх персональних даних, персональних даних особи з інвалідністю з дитинства, яка перебуває під опікою/піклуванням // дитини з інвалідністю віком до 18-ти років 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)