КОД ПОСЛУГИ 08-24

 ЗАТВЕРДЖЕНО

 Рішення виконавчого комітету

 Радивилівської міської ради

 25 травня 2023 року № \_\_\_\_

**ІНФОРМАЦІЙНА КАРТКА**

**АДМІНІСТРАТИВНОЇ ПОСЛУГИ**

**Надання повної цивільної дієздатності фізичній особі, яка досягла шістнадцяти років і працює за трудовим договором, а також неповнолітній особі, яка записана матір'ю або батьком дитини**

**Служба у справах дітей Радивилівської міської ради**

**Дубенського району Рівненської області**

**(найменування суб’єкта надання адміністративної послуги)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Місце подання документів та отримання результату послуги Орган, що надає послугу | Центр надання адміністративних послуг Радивилівської міської ради Дубенського району Рівненської області35500, м. Радивилів, вул. І.Франка, 13Е-mail: 04057847\_tsn040578@mail.gov.uaРежим роботи: понеділок, вівторок, середа, четвер з 9.00-18.15; п’ятниця з 9.00-17.00; без перерви.Вихідні дні: субота, неділя, святкові та неробочі дні.  |
| 2 | Орган, що надає послугу | Служба у справах дітей Радивилівської міської ради Дубенського району Рівненської області35500, м. Радивилів, вул. І.Франка, 13Е-mail: pisareva2007@ukr.net Режим роботи: понеділок, вівторок, середа, четвер з 9.00-18.15; п’ятниця з 9.00-17.00; без перерви.Вихідні дні: субота, неділя, святкові та неробочі дні. |
| **Нормативні акти, якими регламентується надання адміністративної послуги** |
| 3 | Закон України | Цивільний кодекс України ст..34,35.Сімейний кодекс України. |
| 4 | Акти Кабінету Міністрів України (назва, дата та номер, пункт) | - |
| 5 | Акти центральних органів виконавчої влади (назва, дата та номер, пункт) | - |
| 6 | Акти місцевих органів виконавчої влади /органів місцевого самоврядування (назва, дата та номер, пункт) | - |
| **Умови отримання адміністративної послуги** |
| 7 | Підстава для отримання | Звернення мешканців Радивилівської ОТГ з усіма необхідними документами. **Послуга надається за місцем проживання дитини** |
| 3 | Перелік документів, необхідних для надання послуги, та вимоги до них | 1.Заява одного з батьків дитини (або законного представника дитини) (рекомендовано формуляр 01).2.Паспорт громадянина України, якщо у вигляді ID-картки, то з витягом з Єдиного державного демографічного реєстру чи довідкою щодо реєстрації місця проживання (копія).3.Документ про сімейний стан батьків дитини (свідоцтво про укладення шлюбу, свідоцтво або рішення суду, про розірвання шлюбу) (копія).4.Свідоцтво про народження дитини (копія).5.Документ про місце реєстрації дитини (будинкова книга, або довідка про склад сім'ї чи зареєстрованих у житловому приміщенні/будинку осіб) (копія).6.Інформація з навчального закладу (ДНЗ, ЗОШ, позашкільний заклад тощо) про участь батьків у вихованні та утриманні дитини (за службовим запитом).7.Інші документи, що мають суттєве значення для отримання рішення про надання психіатричної допомоги.**Послуга надається за місцем проживання дитини** |
| 4 | Оплата  | Адміністративна послуга надається безоплатно. |
| 5 | Термін виконання | До 30 календарних днів |
| 6 | Результат надання адміністративної послуги | 1.Рішення виконавчого комітету. 2.Письмове повідомлення про результат розгляду звернення. |
| 7 | Спосіб отримання відповіді (результату) | 1.Особисто, в тому числі через представника за довіреністю (з посвідченням особи).2.Поштою.3.Електронною поштою за клопотанням суб’єкта звернення. |

 КОД ПОСЛУГИ 08-24

 ЗАТВЕРДЖЕНО

 Рішення виконавчого комітету

 Радивилівської міської ради

 25 травня 2023 року № \_\_\_\_

**ІНФОРМАЦІЙНА КАРТКА**

**АДМІНІСТРАТИВНОЇ ПОСЛУГИ**

**Надання повної цивільної дієздатності фізичній особі, яка досягла шістнадцяти років і працює за трудовим договором, а також неповнолітній особі, яка записана матір'ю або батьком дитини**

**Служба у справах дітей Радивилівської міської ради**

**Дубенського району Рівненської області**

**(найменування суб’єкта надання адміністративної послуги)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ з/п** | **Етапи надання адміністративної послуги** | **Відповідальна посадова особа і виконавчий орган** | **Дія**  | **Термін виконання, (днів)**  |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1. | Прийом і перевірка повноти пакета документів, засвідчення копій документів, реєстрація заяви, повідомлення суб’єкта звернення про орієнтовний термін виконання.  | Адміністратор ЦНАП | В | Протягом 1-го дня |
| 2. | Сканування вхідного пакету документів, оформлення та друк опису передачі справи. | Адміністратор ЦНАП | В | Протягом1-го дня |
| 3. | Отримання пакету документів, його опрацювання, передача пакету документів до Радивилівської міської ради  | Начальник служби у справах дітей міської ради або особа, що виконує його обов’язки  | В | Протягом1-2 дня |
| 4. | Організація опрацювання пакету документів керівником органу опіки й піклування міської ради, накладання відповідної резолюції, повернення документів до служби у справах дітей | Радивилівська міська рада (загальний відділ) | В | Протягом 2-3-ого днів |
| 5. | Передача пакета документів виконавцю (юристу, головному спеціалісту служби у справах дітей) для опрацювання. Перевірка відповідності поданих документів вимогам чинного законодавства у сфері захисту житлових та майнових прав дітей | Спеціаліст служби у справах дітей міської ради | В | Протягом 4-5-ого днів |
| 6. | 6а.У разі негативного результату підготовка листа з зауваженнями до ЦНАП для доопрацювання6б.Розгляд даного питання на комісії з питань захисту прав дитини міської ради.6в.У разі позитивного результату підготовка висновку служби у справах дітей та проєкту рішення виконавчого комітету міської ради | Начальник служби у справах дітей міської ради  | В | Протягом 6-ого дняПротягом 6-22-ого днів |
| 10. | Передача підготовленого проєкту рішення начальнику служби у справах дітей для візування документів | Спеціаліст служби у справах дітей міської ради | В | Протягом 23-24-ого дня |
| 12. | Передача проєкту рішення у загальний відділ Радивилівської міської ради для візування | Спеціаліст служби у справах дітей міської ради | В | Протягом 24-25-ого днів |
| 13. | Візування проєкту рішення відповідно до Регламенту роботи виконавчого комітету  |  Начальник загального відділу міського голови | З | Протягом 25-27-ого днів |
| 14. | Розгляд проєкту рішення на черговому засіданні виконавчого комітету міської ради | Виконавчий комітет міської ради | З | Протягом 28-ого дня |
| 15. | Реєстрація рішення виконавчого комітету міської ради, передача примірника рішення в службу у справах дітей | Начальник загального відділу міської ради | В | Протягом 29-ого дня |
| 16. | Передача документу(-ів) (результат адміністративної послуги) до Центру надання адміністративних послуг, запис у бланку проходження документа(-ів) про факт здійснення дозвільної процедури (адміністративної послуги) та повідомлення про це заявника | Спеціаліст служби у справах дітей міської ради |  | Протягом 29-ого дня |
| 17. | Реєстрація готового результату адміністративної послуги, видача суб’єкту звернення результату послуги | Адміністратор ЦНАП | В | З 30-ого дня |
| Загальна кількість днів надання послуги - 30 |
|  Загальна кількість днів (передбачена законодавством) - 30 |

 **Голові органу опіки та піклування**

 **Від кого (**відомості про фізичну особу)

 Прізвище

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 Ім’я

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

По батькові

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Соціальний стан (пільги, група інвалідності)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 **АДРЕСА**

 Місто

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 Вулиця

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Номер будинку Номер квартири

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 Номер телефону

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ЗАЯВА**

Прошу надати мені повну цивільну дієздатність у зв’язку з \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(вказати причину)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Перелік документів, що додаються:**

1.Заява одного з батьків дитини (або законного представника дитини) (рекомендовано формуляр 01).

2.Паспорт громадянина України, якщо у вигляді ID-картки, то з витягом з Єдиного державного демографічного реєстру чи довідкою щодо реєстрації місця проживання (копія).

3.Документ про сімейний стан батьків дитини (свідоцтво про укладення шлюбу, свідоцтво або рішення суду, про розірвання шлюбу) (копія).

4.Свідоцтво про народження дитини (копія).

5.Документ про місце реєстрації дитини (будинкова книга, або довідка про склад сім'ї чи зареєстрованих у житловому приміщенні/будинку осіб) (копія).

6.Інформація з навчального закладу (ДНЗ, ЗОШ, позашкільний заклад тощо) про участь батьків у вихованні та утриманні дитини (за службовим запитом).

7.Інші документи, що мають суттєве значення для отримання рішення про надання психіатричної допомоги.

Підписанням цієї заяви не заперечую та даю згоду на обробку персональних даних для отримання адміністративної послуги у департаменті Центр надання адміністративних послуг Радивилівської міської ради.

Мені відомо про мої права, визначені Законом України «Про захист персональних даних».

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата) (підпис)

 **Голові органу опіки та піклування**

 **Від кого (**відомості про фізичну особу)

 Прізвище

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 Ім’я

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

По батькові

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Соціальний стан (пільги, група інвалідності)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 **АДРЕСА**

 Місто

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 Вулиця

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Номер будинку Номер квартири

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 Номер телефону

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ЗАЯВА**

Просимо надати повну цивільну дієздатність \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(вказати ПІП дитини, дата, місяць, рік народження)

у зв’язку з \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(вказати причину)

**Перелік документів, що додаються:**

1.Заява одного з батьків дитини (або законного представника дитини) (рекомендовано формуляр 01).

2.Паспорт громадянина України, якщо у вигляді ID-картки, то з витягом з Єдиного державного демографічного реєстру чи довідкою щодо реєстрації місця проживання (копія).

3.Документ про сімейний стан батьків дитини (свідоцтво про укладення шлюбу, свідоцтво або рішення суду, про розірвання шлюбу) (копія).

4.Свідоцтво про народження дитини (копія).

5.Документ про місце реєстрації дитини (будинкова книга, або довідка про склад сім'ї чи зареєстрованих у житловому приміщенні/будинку осіб) (копія).

6.Інформація з навчального закладу (ДНЗ, ЗОШ, позашкільний заклад тощо) про участь батьків у вихованні та утриманні дитини (за службовим запитом).

7.Інші документи, що мають суттєве значення для отримання рішення про надання психіатричної допомоги.

Підписанням цієї заяви не заперечую та даю згоду на обробку персональних даних для отримання адміністративної послуги у департаменті Центр надання адміністративних послуг Радивилівської міської ради.

Мені відомо про мої права, визначені Законом України «Про захист персональних даних».

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата) (підпис)