

ПОЛОЖЕННЯ
про порядок складення та видачі
Акта встановлення факту здійснення догляду

1. Це Положення визначає порядок складення та видачі Акта встановлення факту здійснення догляду (далі - Акт) за особами з інвалідністю I чи II групи та за особами, які потребують постійного догляду з метою реалізації права виїзду за межі України відповідно до Правил перетинання державного кордону громадянами України, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 27 січня 1995 № 57, із змінами внесеними постановою Кабінету Міністрів України від 10.09.2022 № 1044, на території Червоноградської міської територіальної громади у період введення на території України надзвичайного або воєнного стану.

2. Акт складається на підставі письмового звернення особи, яка здійснює догляд/постійний догляд, або особи з інвалідністю I чи II групи, за якою здійснюється догляд/постійний догляд (далі - Заява), на ім'я міського голови.

3. Заява про складення та видачу Акта подається до виконавчого комітету Червоноградської міської ради у довільній формі або згідно з додатком до цього Положення. У Заяві обов'язково зазначається адреса фактичного місця проживання особи, за якою здійснюється догляд/постійний догляд.

4. До Заяви додаються копії таких документів (обрати необхідне):

4.1. Для осіб, які здійснюють догляд/постійний догляд за особами з інвалідністю I чи II групи:

- документи, що підтверджують родинний зв'язок (якщо догляд здійснюється за своїми батьками чи батьками дружини (чоловіка), які є особами з інвалідністю I чи II групи);

- документи, що підтверджують інвалідність;

4.2. Для осіб які здійснюють постійний догляд за особами, які потребують постійного догляду:

- висновок лікарсько-консультативної комісії закладу охорони здоров'я про потребу у постійному сторонньому догляді;

4.3. Паспорта особи, за якою здійснюється догляд / постійний догляд;

4.4. Паспорта особи, яка здійснює догляд / постійний догляд;

4.5. Документа на підтвердження РНОКПП особи, за якою здійснюється догляд/постійний догляд;

4.6. Документа на підтвердження РНОКПП особи, яка здійснює догляд/постійний догляд;

4.7. Документа, що підтверджує адресу зареєстрованого місця проживання особи, за якою здійснюється догляд/постійний догляд (зокрема, довідки про взяття на облік внутрішньо переміщеної особи).

5. Заява подається до виконавчого комітету Червоноградської міської ради особисто або направляється засобами поштового зв'язку.

6. Факт здійснення догляду/постійного догляду за особами з інвалідністю I чи II групи та факт здійснення постійного догляду за особами, які потребують постійного догляду, згідно з висновком лікарсько-консультативної комісії закладу охорони здоров'я, встановлюється Комісією з питань встановлення факту здійснення догляду (надалі за текстом - Комісія), яка утворюється за рішенням виконавчого комітету Червоноградської міської ради. Кількісний та персональний склад Комісії затверджується рішенням виконавчого комітету Червоноградської міської ради.

7. У випадку, якщо до Заяви не додані документи, подача яких, згідно з вимогами цього Положення, є обов'язковою, Комісія не пізніше наступного робочого дня повідомляє заявника про необхідність подачі таких документів, та зупиняє розгляд Заяви до моменту подачі таких документів. Не пізніше наступного робочого дня після надходження необхідних документів розгляд Заяви відновлюється.

8. Комісія не має права вимагати подачі документів, не передбачених цим Положенням.

9. Якщо зміст Заяви та доданих до неї документів відповідає вимогам цього Положення, Комісія визначає дату відвідування особи, за якою здійснюється догляд/постійний догляд, за адресою її фактичного місця проживання, вказаною у Заяві (далі - Відвідування), про що повідомляє заявника засобами телефонного зв'язку (за можливості) або в інший спосіб вказаний заявником у Заяві.

10. Відвідування здійснюється не менш як трьома членами Комісії, під час якого з'ясовуються (окрім випадків, якщо догляд здійснюється за своїми батьками чи батьками дружини (чоловіка), які є особами з інвалідністю I чи II групи), а також факт надання належного догляду (якщо догляд здійснюється за своїми батьками чи батьками дружини (чоловіка), які є особами з інвалідністю I чи II групи) або постійного догляду, зокрема шляхом опитування сусідів та інших осіб, що можуть володіти відповідною інформацією.

11. Рішення про результати розгляду Заяви приймається членами Комісії протягом п'яти робочих днів з дати отримання Заяви за результатами Відвідування.

12. Комісія (не менше 3-х членів), за результатами Відвідування, може прийняти одне з таких рішень:

12.1. Підтвердити факт здійснення догляду.

В такому випадку членами Комісії, які здійснювали Відвідування, складається у двох примірниках Акт за затвердженою формою. В Акті зазначаються дані членів Комісії, які здійснювали Відвідування. Акт підписується членами Комісії, які здійснювали Відвідування, опитуваними сусідами та іншими особами (не менше 2-х).

Акт затверджується головою Комісії та завіряється печаткою виконавчого комітету Червоноградської міської ради. У разі відсутності голови Комісії з поважних причин (хвороба, відпустка тощо, передбачених Кодексом Законів про працю України), відсутнього заміщає особа, яка відповідно до розпорядження чи посадової інструкції виконує його обов'язки на правах голови Комісії.

Один примірник Акта видається заявнику особисто або надсилається засобами поштового зв'язку за адресою, вказаною у Заяві.

Всі матеріали, що стали підґрунтям для складення та видачі Акта, долучаються до другого примірника Акта, який зберігається в управлінні праці та соціального захисту населення Червоноградської міської ради.

12.2. Відмовити у видачі Акта.

Члени Комісії, які здійснювали Відвідування, відмовляють у видачі Акта у випадках, коли під час Відвідування дійшли висновку, що:

- догляд, про який зазначено в Заяві, не здійснюється;
- догляд не має характеру постійного (не може бути підставою для відмови у випадках, коли догляд здійснюється за своїми батьками чи батьками дружини (чоловіка), які є особами з інвалідністю I чи II групи).

Про не встановлення факту здійснення постійного догляду Комісією складається акт довільної форми у двох примірниках, один з яких залишається в управлінні праці та соціального захисту населення Червоноградської міської ради, а інший видається заявнику. Про відмову у видачі Акту з підстав, передбачених цим пунктом, Комісія повідомляє заявника письмово.

Додаток
до Положення про порядок
складення та видачі Акта
встановлення факту здійснення
догляду

До (виконавчий орган) _____

Від(ПІБ) _____

Паспорт (серія і номер/ номер, дата видачі, орган
видачі) _____

Адреса зареєстрованого місця проживання : (поштовий
індекс, область, район, населений пункт, вулиця, номер
будинку, номер квартири) _____

Адреса фактичного місця проживання: (поштовий
індекс, область, район, населений пункт, вулиця,
номер будинку, номер квартири) _____

Номер телефону: _____

ЗАЯВА
про складення та видачу Акта встановлення факту
здійснення догляду

**/. Якщо Заява подається особою, яка здійснює догляд/постійний догляд*
Я, (ПІБ заявника) _____ , здійснюю
(обрати необхідне)

- догляд * (якщо за своїми батьками чи батьками дружини (чоловіка), які є особами з інвалідністю I чи II групи)
- постійний догляд

за (ПІБ особи, за якою здійснюється догляд/постійний догляд)

_____ , який/яка

(обрати необхідне)

- є особою з інвалідністю _____ групи
- потребує постійного стороннього догляду відповідно до висновку ЛКК
_____ (реквізити Висновку)

(ПІБ особи, за якою здійснюється догляд/постійний догляд)

_____ має намір виїхати за кордон у моєму супроводі, можливість чого передбачена п. 2¹ Правил перетинання державного кордону громадянами України, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 27 січня 1995 № 57.

Відповідно до вищенаведеного, прошу протягом 5 робочих днів з дня надходження цієї Заяви скласти Акт встановлення факту здійснення догляду (надалі -

Акт) мною за (ПІБ особи, за якою здійснюється догляд/постійний догляд) _____ та

(обрати необхідне)

- видати такий Акт мені особисто;
- надіслати мені такий Акт засобами поштового зв'язку за адресою:

Повідомляю про готовність прийняти Комісію з питань встановлення факту здійснення догляду за адресою: (адреса фактичного місця проживання особи, за якою здійснюється догляд/постійний догляд)

Дату та час візиту прошу погодити зі мною завчасно (обрати необхідне) за номером телефону _____ або (інший спосіб повідомлення).

***//. Якщо Заява подається особою з інвалідністю I чи II групи**

Я, (ПІБ заявника) _____ є особою з інвалідністю _____ групи.

(ПІБ особи, яка здійснює догляд/постійний догляд) _____ здійснює за мною

(обрати необхідне)

- догляд * (якщо за своїми батьками чи батьками дружини (чоловіка))
- постійний догляд.

Я (ПІБ заявника) _____ маю намір виїхати за кордон у супроводі (ПІБ особи, яка здійснює догляд/постійний догляд) _____, можливість чого передбачена п. 2¹ Правил перетинання державного кордону громадянами України, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 27 січня 1995 №57.

Відповідно до вищенаведеного, прошу протягом 5 робочих днів з дня надходження цієї Заяви скласти Акт встановлення факту здійснення догляду (надалі - Акт) за мною (ПІБ особи, яка здійснює догляд/постійний догляд) _____ та

(обрати необхідне)

- видати такий Акт мені особисто
- надіслати мені такий Акт засобами поштового зв'язку за адресою:

Повідомляю про готовність прийняти Комісію з питань встановлення факту здійснення догляду за адресою: (адреса фактичного місця проживання особи, за якою здійснюється догляд/постійний догляд)

Дату та час візиту прошу погодити зі мною завчасно (обрати необхідне) за номером телефону _____ або (інший спосіб повідомлення).

Додатки:

«__» _____ 202_ року (ПІБ) _____ / (підпис) _____ /