**ПОГОДЖЕНО: ЗАТВЕРДЖЕНО:**

**Голова Надвірнянської районної Начальник управління соціального**

**державної адміністрації захисту населення РДА**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_О.Кеніз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Я.Гундяк**

**“\_\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_2018р. “\_\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_2018р.**

**ІНФОРМАЦІЙНА КАРТКА**

**АДМІНІСТРАТИВНОЇ ПОСЛУГИ**

**Видача направлення (путівки) інвалідам та / або дітям-інвалідам до**

 **реабілітаційних установ сфери управління Мінсоцполітики та / або органів соціального захисту населення (регіонального та місцевого рівнів)**

**Управління соціального захисту населення райдержадміністрації**

|  |
| --- |
| **Інформація про центр надання адміністративних послуг** |
| Найменування центру надання адміністративних послуг, в якому здійснюється обслуговування суб’єк-та звернення | Центр надання адміністративних послуг Надвірнянської районної державної адміністрації |
| 1. | Місце знаходження центру надання адміністративних послуг | 78405, м. Надвірна, вул. Визволення, 2 |
| 2. | Інформація щодо режиму роботи центру надання адміністративних послуг | Понеділок – середа, п’ятниця: 8.00 – 15.00четвер: 8.00 – 20.00без обідньої перерви |
| 3. | Телефон/факс (довідки), адреса електронної пошти та веб-сайт центру надання адміністративних послуг | (3475) 2-53-34 E-mail: **cnap.nadvirna@gmail.com**www.nadrda.gov.ua |
|  **Нормативні акти, якими регламентується надання адміністративної послуги** |
| 4. | Закони України  | Закон України „Про реабілітацію інвалідів в Україні”  |
| 5. | Акти Кабінету Міністрів України  | - Постанова Кабінету Міністрів України: - від 08.12.2006 № 1686 „Про затвердження Державної типової програми реабілітації інвалідів” (зі змінами); - від 23.05.2007 № 757 „Про затвердження Положення про індивідуальну програму реабілітації інваліда”; - від 31.01.2007 № 80 „Про затвердження Порядку надання інвалідам, дітям-інвалідам і дітям віком до двох років, які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності, реабілітаційних послуг” (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 11.12.2013 № 921) |
| 6. | Акти центральних органів виконавчої влади | - Наказ Мінсоцполітики від 28.07.2015 № 825 „Про затвердження форм документів для отримання особами з інвалідністю та дітьми віком до двох років, які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності, реабілітаційних (абілітаційних) послуг у реабілітаційних установах” |
| 7. | Акти місцевих органів виконавчої влади/ органів місцевого самоврядування/ | - |
|  **Умови отримання адміністративної послуги** |
| 8. | Підстава для одержання адміністративної послуги | - особи з інвалідністю, які відповідно до індивідуальної програми реабілітації потребують реабілітаційних послуг; - діти віком до двох років, які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності |
| 9. | Вичерпний перелік документів, необхідних для отримання адміністративної послуги, а також вимоги до них |  - заява про надання реабілітаційних послуг; - довідка медико-соціальної експертної комісії, лікувально-консультативної комісії лікувально- профілактичного закладу (для дітей-інвалідів) про встановлення інвалідності; - довідка лікувально-консультативної комісії лікувально- профілактичного закладу (для дітей віком до двох років, які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності) із рекомендаціями щодо проходження реабілітації в установі; - індивідуальна програма реабілітації, видана медико- соціальною експертною комісією, лікувально- консультативною комісією лікувально-профілактичного закладу (для дітей-інвалідів); - паспорт або інший документ, що посвідчує особу; - документ, що підтверджує реєстрацію у Державному реєстрі фізичних осіб – платників податків (паспорт – для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку у паспорті); - документ про освіту (для отримувачів, які потребують професійної реабілітації); - медичну довідку (лікарський консультаційний висновок) (для отримувачів, які потребують професійної реабілітації); - рекомендації територіального органу Державної служби зайнятості у районі, місті, районі у місті за результатами наданих профорієнтаційних послуг, у тому числі щодо вибору професії із зазначенням її актуальності на ринку праці (для отримувачів, які потребують професійної реабілітації) (за наявності) Примітка: у разі письмового звернення отримувача, який переселився з тимчасово окупованої території чи районів проведення антитерористичної операції, або його законного представника, в яких відсутні документи, уповноважений орган перевіряє дані про отримувача у централізованому банку даних з проблем інвалідності |
| 10. | Порядок та спосіб подання документів, необхідних для отримання адміністративної послуги | Подання документів, необхідних для отримання адміністративної послуги, через центр надання адміністративних послуг особисто чи за дорученням |
| 11. | Платність (безоплатність) надання адміністративної по- |  безоплатно |
|  | *У разі платності:* |  |
| 11.1 | Нормативно-правові акти, на підставі яких стягується плата | - |
| 11.2. | Розмір та порядок внесення плати (адміністративного збо-ру) за платну адміністратив-ну послугу | - |
| 11.3. | Розрахунковий рахунок для внесення плати | - |
| 12. | Строк надання адміністратив-ної послуги | протягом 3 робочих днів з подання повного пакету документів. |
| 13. | Перелік підстав для відмови у наданні адміністративної послуги | - подання документів до заяви не в повному обсязі;- наявність протипоказань щодо зарахування отримувача до установи;- зняття інвалідності;- смерть отримувача |
| 14. | Результат надання адміністра-тивної послуги |  Видача направлення |
| 15. | Способи отримання відповіді (результату) | Центр надання адміністративних послуг особисто чи за дорученням. |
| 16. | Примітка | Заяви приймаються за наявності оригіналів документів |

|  |
| --- |
|  |
| Додаток до інформаційної картки  Форма заяви |

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства соціальної

політики України

28 липня 2016 року № 825

Керівнику \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(найменування структурного підрозділу з питань соціального захисту населення районної, районної у містах Києві та Севастополі державної адміністрації, виконавчого органу міської
(міст республіканського та обласного значення), районної у місті (крім міст Києва та Севастополя) ради, ради об’єднаної територіальної громади)

**ЗАЯВА**

**про надання реабілітаційних послуг\***

Прошу направити \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(прізвище, ім’я, по батькові, місце проживання особи з інвалідністю та/або дитини віком до двох років (включно), яка належить до групи ризику
щодо отримання інвалідності)

до реабілітаційної установи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (найменування реабілітаційної установи)

для отримання реабілітаційних (абілітаційних) послуг.

До заяви додаю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(зазначити документи, що додаються до заяви)

|  |  |
| --- | --- |
|  \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ року | .         \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_     (підпис заявника або його законного представника) |

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, даю згоду на

 (прізвище, ім’я, по батькові)

використання та обробку персональних даних за умови дотримання їх захисту відповідно до вимог Закону України „Про захист персональних даних”.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ року

 (підпис) (дата)

Заповнює особа з інвалідністю або законний представник особи з інвалідністю та/або дитини віком до двох років (включно), яка належить до групи ризику щодо отримання інвалідності.

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

 (відривний корінець)

Заяву та документи на \_\_\_\_ аркушах прийнято \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ року.

М.П. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (прізвище та підпис відповідальної особи)