Додаток 11 до рішення 36 сесії Менської міської ради 8 скликання

22.06.2023 № 376

**ІНФОРМАЦІЙНА КАРТКА**

**адміністративної послуги**

**ВИДАЧА ДОВІДКИ ПРО ОТРИМАННЯ (НЕ ОТРИМАННЯ) СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ.**

**Відділ соціального захисту населення, сім’ї, молоді та охорони здоров’я**

**Менської міської ради**

|  |
| --- |
| **Інформація про суб’єкт надання адміністративної послуги та / або центр надання адміністративних послуг** |
| 1 | Суб'єкт надання адміністративних послугНайменування центру надання адміністративних послуг | Відділ соціального захисту населення, сім’ї, молоді та охорони здоров’я Менської міської радиВідділ «Центр надання адміністративних послуг» Менської міської радиВРМ відділу «Центр надання адміністративних послуг»Староста або в. о. старости в старостинських округах Менської міської територіальної громади |
| 2 | Місцезнаходження центру надання адміністративних послуг | 15600, м. Мена, вул. Героїв АТО, 615674, с. Бірківка, пров. Шкільний № 915675, с. Блистова, вул. Олени Лук’янової № 115641, с. Величківка, вул. Миру № 25 «б»15632, с. Волосківці, вул. Героїв України № 4115631, с. Городище, вул. Шевченка № 7315642, с. Данилівка, вул. Миру № 5615670, с. Дягова, вул. Покровська № 1915640, с. Киселівка, вул. Осипенка № 3915655, с. Куковичі, вул. Миру № 3615672, с Ліски, вул. Шевченка № 34 «а»15652, смт. Макошине, вул. Центральна № 315673, с. Осьмаки, вул. Шевченка № 6015650, с. Покровське, вул. Козацька № 315643, с. Садове, вул. Перемоги № 215662, с. Семенівка, вул. Перемоги № 9 «а»15630, с. Синявка, вул. ГероївУкраїни № 9115651, с. Слобідка, вул. Братів Федоренків № 2615661, с. Стольне, вул. Миру № 1015676, с. Ушня, пров. Шкільний № 915671, с. Феськівка, вул. Миру № 25 «а» |
| 3 | Інформація щодо режиму роботи центру надання адміністративних послуг | Відділ «Центр надання адміністративних послуг» Менської міської радиПонеділок-середа     з 8:30 до 16:30Четвер                       з 8:30 до 20:00П’ятниця-субота       з 8:30 до 15:30Вихідний день неділяВРМ відділу «Центр надання адміністративних послуг», старости в старостинських округах Менської міської територіальної громадиПонеділок-п’ятниця: з 8:00 до 17:00Вихідні субота, неділя |
| 4 | Телефон/факс (довідки), адреса електронної пошти та веб-сайт | Тел: (04644) 2-16-81; +38 (093) 38-362-92cnapradamena@cg.gov.uaВеб-сайт: <http://mena.cg.gov.ua/> |
| **Нормативні акти, якими регламентується надання адміністративної послуги** |
| 5 | Закони України | Закон України «Про звернення громадян», Закон України «Про соціальні послуги»  |
| 6 | Акти місцевих органів виконавчої влади/органів місцевого самоврядування | Постанова Кабінету Міністрів України від 23.09.2020 № 859 «Деякі питання призначення і виплати компенсації фізичним особам, які надають соціальні послуги з догляду на непрофесійній основі». |
| **Умови отримання адміністративної послуги** |
| 7 | Підстава для отримання | Звернення надавача соціальних послуг. |
| 8 |  Перелік необхідних документів | заява (письмова) з пред’явленням паспорта або іншого документа, що посвідчує особу. |
| 9 | Спосіб подання документів  | Заява подаються заявником особисто**.** |
| 10 | Платність (безоплатність) надання  | Адміністративна послуга надається безоплатно. |
| 11 | Строк надання адміністративної послуги | Протягом трьох робочих днів. |
| 12 | Перелік підстав для відмови у наданні | - |
| 13 | Результат надання  | Довідка про отримання (не отримання) соціальної допомоги. |
| 14 | Спосіб отримання відповіді (результату) | Заявнику особисто. |
| 15 | Примітка | - |

**Технологічна картка**

**адміністративної послуги**

**ВИДАЧА ДОВІДКИ ПРО ОТРИМАННЯ (НЕ ОТРИМАННЯ) СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ.**

**Відділ соціального захисту населення, сім’ї, молоді та охорони здоров’я**

**Менської міської ради**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Етапи опрацювання послуги | Відповідальна посадоваособа і структурний підрозділ | Дія | Термін виконання (робочих днів) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. | Прийом та реєстрація заяви. | Адміністратор відділу«Центр надання адміністративних послуг» Менської Міської ради | Виконує | Протягом 1 дня |
| 2. | Передача заяви до Відділу соціального захисту населення,сім’ї, молоді та охорони здоров’я Менської міської ради. | Адміністратор відділу «Центр надання адміністративних послуг» Менської міської ради. Посадова особа Відділу соціального захисту населення,сім’ї, молоді та охорони здоров’я Менської міської ради | Виконує | Протягом 1 дня |
| 3. | Оформлення довідки. | Посадова особа Відділу соціального захисту населення,сім’ї, молоді та охорони здоров’я Менської міської ради | Виконує | Протягом1 дня |
| 4. | Передача начальнику Відділу довідки на підписання та скріплення печаткою. | Посадова особа Відділу соціального захисту населення,сім’ї, молоді та охорони здоров’я Менської міської ради | Виконує | Протягом1 дня |
| 5. | Передача довідки до відділу «Центр надання адміністративних послуг» Менської міської ради | Посадова особа Відділу соціального захисту населення,сім’ї, молоді та охорони здоров’я Менської міської ради | Виконує | Протягом1 дня |
| 8. | Видача заявнику довідки про отримання (не отримання) соціальної допомоги***.*** | Адміністратор відділу «Центр надання адміністративних послуг» Менської міської ради | Виконує | Протягом1 дня |
| Загальна кількість днів надання послуги | Протягом 3 робочих днів  |

Начальнику Відділу  соціального захисту населення, сім’ї, молоді та охорони здоров’я  Менської  міської ради

від\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 (прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) заявника)

Дата народження \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Зареєстроване/фактичне місце проживання \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Номер телефону \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ, що посвідчує особу:

Серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України (ID-картка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ким та коли виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                                                **ЗАЯВА**

Прошу видати довідку про отримання / не отримання  соціальної допомоги.

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

        (дата)                                                                                                        (підпис)

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

 *(прізвище, ім’я, по батькові)*

 та обробку персональних даних за умови забезпечення їх захисту відповідно до вимог Закону України “Про захист персональних даних”.

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

(підпис)

Начальник Відділу соціального

захисту населення, сім’ї,молоді

та охорони здоров’я Марина МОСКАЛЬЧУК