Додаток до рішення 45 сесії Менської міської ради 8

скликання

21 лютого 2024 року № 90

Менському міському голові

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

Дата народження \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Зареєстроване місце проживання \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Фактичне місце проживання \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Номер телефону\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ, що посвідчує особу:

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

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

**ЗАЯВА**

**на 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 І чи ІІ 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)*

**У зв’язку з необхідністю виїзду 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 року №57,** прошу скласти Акт встановлення факту здійснення догляду 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/постійни догляд)*

Дату та час візиту прошу погодити зі мною завчасно за телефоном \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

До заяви додаю:

[ ] копія паспорта;

[ ] копія індивідуального податкового номера;

[ ] копія документа, що підтверджує адресу зареєстрованого місця проживання;

[ ] копія паспортособи, за якою здійснюється догляд/постійни догляд;

[ ] копія індивідуального податкового номераособи, за якою здійснюється

догляд / постійний догляд;

[ ] копія документа, що підтверджує адресу зареєстрованого місця проживання особи, за якою здійснюється догляд/постійний догляд;

[ ] копія довідки про взяття на облік внутрішньо переміщеної особи (для внутрішньо переміщених осіб);

[ ] копія довідки до акту огляду медико-соціальною експертною комісією ( у разі догляду за особами з інвалідністю);

[ ] висновок лікарсько-консультативної комісії закладу охорони здоров’я про потребу у постійному сторонньому догляді (у разі догляду за особами, які потребують постійного догляду);

[ ] копії документів, що підтверджують родинні зв’язки;

[ ] висновок лікарсько-консультативної комісії закладу охорони здоров’я про потребу у постійному сторонньому догляді (у разі догляду за особами, які потребують постійного догляду);

[ ] інші документи ( за потреби)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_року             \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

        (дата)                                                                                                        (підпис)

Менському міському голові

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

Дата народження \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

        Зареєстроване місце проживання

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

Фактичне місце проживання \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Номер телефону\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ, що посвідчує особу:

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

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

**ЗАЯВА**

**на складення та видачу Акта встановлення факту здійснення догляду**

***(якщо Заява подається особою з інвалідністю I чи II групи)***

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ПІБ заявника)*

є особою з інвалідністю \_\_\_ групи, маю **намір виїхати за кордон, можливість чого передбачена п. 21 Правил перетинання державного кордону громадянами України, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 27 січня 1995 року №57**,

у супроводі

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(ПІБ особи, яка здійснює догляд/постійний догляд)*

який/ яка здійснює за мною *(обрати необхідне)*

[ ] догляд \**(якщо за своїми батьками чи батьками дружини (чоловіка))*

[ ] постійний догляд.

Відповідно до вищенаведеного, прошу скласти Акт встановлення факту здійснення догляду 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 за телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

До заяви додаю:

[ ] копія паспорта;

[ ] копія індивідуального податкового номера;

[ ] копія документа, що підтверджує адресу зареєстрованого місця проживання;

[ ] копія паспортособи, яка здійснює догляд/постійни догляд;

[ ] копія індивідуального податкового номераособи, яка здійснює догляд / постійний догляд;

[ ] копія документа, що підтверджує адресу зареєстрованого місця проживання особи, яка здійснює догляд/постійний догляд;

[ ] копія довідки про взяття на облік внутрішньо переміщеної особи (для внутрішньо переміщених осіб);

[ ] копія довідки до акту огляду медико-соціальною експертною комісією;

[ ] копії документів, що підтверджують родинні зв’язки;

[ ] інші документи ( за потреби).

\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_року             \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

        (дата)                                                                                                        (підпис)