



**ГОРІШНЬОПЛАВНІВСЬКА МІСЬКА РАДА  
КРЕМЕНЧУЦЬКОГО РАЙОНУ ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ**

**ВИКОНАВЧИЙ КОМІТЕТ**

**РІШЕННЯ**

**14.02.2023**

м. Горішні Плавні

**№ 21**

**Про порядок складання акта  
встановлення факту здійснення  
догляду за особами з інвалідністю  
I чи II групи та особами,  
які потребують догляду**

Керуючись ст.ст. 34, 52 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» та постановою Кабінету Міністрів України від 27 січня 1995 р. № 57 «Про затвердження Правил перетинання державного кордону громадянами України» виконавчий комітет Горішньоплавнівської міської ради Кременчуцького району Полтавської області

**ВИРІШИВ:**

1. Створити робочу групу для встановлення факту здійснення догляду за особами з інвалідністю I чи II групи та особами, які потребують догляду, та затвердити її персональний склад (додаток 1).
2. Затвердити Положення про робочу групу для встановлення факту здійснення догляду за особами з інвалідністю I чи II групи та особами, які потребують догляду (додаток 2).
3. Затвердити форму акта встановлення факту здійснення догляду за особами з інвалідністю I чи II групи та особами, які потребують догляду (додаток 3).
4. Затвердити форму журналу реєстрації актів встановлення факту здійснення догляду за особами з інвалідністю I чи II групи та особами, які потребують догляду (додаток 4).

**Міський голова**

(підписано)

**Дмитро БИКОВ**

Додаток 1  
до рішення виконавчого комітету  
Горішньоплавнівської міської ради  
14.02.2023 № 21

**Склад  
робочої групи для встановлення факту здійснення догляду за особами з  
інвалідністю I чи II групи та особами, які потребують догляду**

Угнічева Н.Д.- заступник міського голови, голова робочої групи;  
Чернявська С.П. - начальник УСЗН міської ради, заступник голови робочої групи;

Члени робочої групи:

Сорокіна В.В. - головний спеціаліст відділу з контролю та звернень громадян УСЗН міської ради;

Якіменко Н.А. - головний спеціаліст відділу з контролю та звернень громадян УСЗН міської ради;

Дудник В.О. - начальник УОЗ міської ради;

Коломієць М.П. - завідувач амбулаторії загальної практики сімейної медицини №1;

Черниш Р.Б. - голова ЛКК, завідувач поліклінічно-консультативно-лікувального відділення для дорослих КНП «ЛІЛ I рівня м. Горішні Плавні»;

Скрипник В.О. - заступник директора Горішньоплавнівського міського територіального центру соціального обслуговування (надання соціальних послуг) «Калина»;

Сизченко Н.Я. - заступник директора Горішньоплавнівського міського територіального центру соціального обслуговування (надання соціальних послуг) «Калина»;

Горбенко М.М. - начальник ССДСМП виконкому;

Запсельська О.О. - начальник відділу соціальної роботи ССДСМП виконкому.

Начальник УСЗН

Світлана ЧЕРНЯВСЬКА

**Положення**  
**про робочу групу для встановлення факту здійснення догляду за**  
**особами з інвалідністю I чи II групи та особами, які потребують догляду**

1. Положення про робочу групу для встановлення факту здійснення догляду за особами з інвалідністю I чи II групи та особами, які потребують догляду, (далі – Робоча група) створена з метою встановлення факту здійснення догляду особами, які мають одного із своїх батьків чи батьків дружини (чоловіка) із числа осіб з інвалідністю I чи II групи, або особами, які здійснюють постійний догляд за особами з інвалідністю I чи II групи, та особами, які здійснюють догляд за особами, які потребують постійного догляду, і супроводжують таких осіб для виїзду за межі України під час введення на території України надзвичайного або воєнного стану.

2. Робоча група в своїй діяльності керується Постановою Кабінету Міністрів України від 27 січня 1995 р. № 57 «Про затвердження Правил перетинання державного кордону громадянами України» та цим Положенням.

3. Основними завданнями Робочої групи є складання Акта встановлення факту здійснення догляду (далі – Акт):

- за особами з інвалідністю I чи II групи;
- за особами, які потребують постійного догляду.

4. Підставою для складання Акта є письмова заява у довільній формі на ім'я міського голови від особи з інвалідністю I чи II групи або особи, яка здійснює догляд, з наданням наступних документів:

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

- копії паспортів заявника та особи з інвалідністю I чи II групи;
- документи, що підтверджують родинний зв'язок;
- копія висновку медико-соціальної експертної комісії про інвалідність;
- документ, що підтверджує необхідність в догляді, виданий закладом охорони здоров'я (для осіб з інвалідністю II групи);

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

- копія паспортів заявника та особи, яка потребує постійного догляду;
- документи, що підтверджують родинний зв'язок (перший ступінь споріднення), якщо подається особою першого ступеня споріднення;
- висновок лікарсько-консультативної комісії закладу охорони здоров'я про потребу у постійному сторонньому догляді .

5. Для отримання Акта заявник подає письмову заяву та документи (копії документів звіряються з оригіналами) до сектору зі звернень громадян виконавчого комітету Горішньоплавнівської міської ради Кременчуцького району Полтавської області, де заява реєструється та разом з пакетом документів передається до УСЗН.

6. Акт здійснення догляду складається Робочою групою протягом п'яти робочих днів після надходження заяви щодо встановлення факту здійснення догляду та надсилається заявнику або видається особисто за його бажанням.

7. Складання Акта здійснюється Робочою групою із залученням осіб, що потребують догляду та здійснюють догляд, а також не менше двох сусідів (свідків), що засвідчують факт здійснення догляду за особою з інвалідністю I чи II групи, або особою, що потребує постійного догляду.

8. Акт складається у 2 (двох) примірниках за формою, встановленою у додатку 3 до цього Положення, засвідчується підписами усіх членів Робочої групи, які встановлювали факт догляду, підписом голови Робочої групи та скріплюється печаткою виконавчого комітету Горішньоплавнівської міської ради Кременчуцького району Полтавської області.

9. Акт складається за місцем фактичного проживання особи з інвалідністю I чи II групи або особи, яка потребує постійного догляду. У випадку, якщо особа з інвалідністю I чи II групи, або особа, що потребує постійного догляду є взятою на облік внутрішньо переміщеною особою – за місцем реєстрації фактичного місця проживання такої внутрішньо переміщеної особи.

10. Відповідальність за достовірність даних, поданих заявником для складання Акта, несе заявник.

11. Акт реєструється в Журналі реєстрації актів за формою встановленою у додатку 4 до цього Положення.

12. Підставами для відмови у складанні та видачі Акта є:

- відсутність документів, зазначених у п. 4;
- надання недостовірної інформації або відомостей.

Начальник УСЗН

Світлана ЧЕРНЯВСЬКА

Додаток 3  
до рішення виконавчого комітету  
Горішньоплавнівської міської ради  
14.02.2023 № 21

**АКТ**  
**встановлення факту здійснення догляду**

№ \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_ Горішньоплавнівська міська територіальна громада

**Відомості про особу, яка здійснює догляд:**

\_\_\_\_\_ (Прізвище, ім'я, по батькові)

Паспортні дані: \_\_\_\_\_

Інформація про зареєстроване/фактичне місце проживання: \_\_\_\_\_

Я, \_\_\_\_\_ підтверджую, що дійсно здійснюю догляд  
(Прізвище, ім'я, по батькові за наявності заявника)

за \_\_\_\_\_ (підпис)  
(Прізвище, ім'я, по батькові за наявності особи, за якою здійснюють догляд)

**Відомості про особу, за якою здійснюється догляд:**

\_\_\_\_\_ (Прізвище, ім'я, по батькові)

Паспортні дані \_\_\_\_\_

Акт огляду МСЕК серія \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_

Група інвалідності \_\_\_\_\_, причина інвалідності \_\_\_\_\_

Інформація про зареєстроване/фактичне місце проживання: \_\_\_\_\_

Я, \_\_\_\_\_ підтверджую, що \_\_\_\_\_  
(ПІБ, особи за якою здійснюється догляд) (ПІБ, особи яка здійснює догляд)

дійсно здійснює за мною догляд \_\_\_\_\_ (підпис)

**Обстеження проведено за адресою:** \_\_\_\_\_

В ході проведення обстеження встановлено:

Соціальний статус: \_\_\_\_\_

Родинний зв'язок: \_\_\_\_\_

Догляд особи здійснюється \_\_\_\_\_ щоденно, \_\_\_\_\_ періодично, \_\_\_\_\_ постійно.  
(необхідне підкреслити)

Додаткові відомості (за наявності) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

З актом ознайомлений \_\_\_\_\_  
(прізвище, ім'я, по батькові фізичної особи, яка здійснює догляд) (підпис)

**Інші особи, що підтверджують факт здійснення догляду (сусіди/свідки):**

\_\_\_\_\_ (підпис) \_\_\_\_\_ (прізвище, ім'я, по батькові)

\_\_\_\_\_ (підпис) \_\_\_\_\_ (прізвище, ім'я, по батькові)

**Акт встановлення факту здійснення догляду склали члени робочої групи**

_____ (найменування посади)	_____ (підпис)	_____ (прізвище, ім'я, по батькові)
_____ (найменування посади)	_____ (підпис)	_____ (прізвище, ім'я, по батькові)
_____ (найменування посади)	_____ (підпис)	_____ (прізвище, ім'я, по батькові)
_____ (найменування посади)	_____ (підпис)	_____ (прізвище, ім'я, по батькові)
_____ (найменування посади)	_____ (підпис)	_____ (прізвище, ім'я, по батькові)
_____ (найменування посади)	_____ (підпис)	_____ (прізвище, ім'я, по батькові)

М.П. \_\_\_\_\_  
Заступник міського голови

Надія УГНІЧЕВА

Начальник УСЗН

Світлана ЧЕРНЯВСЬКА

Додаток 4

до рішення виконавчого комітету  
Горішньоплавнівської міської ради  
14.02.2023 № 21

**Журнал**  
**реєстрації актів встановлення факту здійснення догляду за особами з інвалідністю I чи II групи та особами, які потребують догляду**

№ з/п*	Прізвище, ім'я, по батькові заявника	Прізвище, ім'я, по батькові особи, за якою здійснюється догляд	№ акта , дата проведення обстеження	Відмітка про направлення/отримання		Примітка
				Направлено поштою, дата	Отримано особисто, дата, підпис	

Начальник УСЗН

Світлана ЧЕРНЯВСЬКА