

ЗАТВЕРДЖЕНО

Рішення виконавчого комітету  
Гребінківської міської ради  
26.01.2024 № 17

**ІНФОРМАЦІЙНА КАРТКА АДМІНІСТРАТИВНОЇ ПОСЛУГИ**

**Призначення помічника за заявою дієздатної фізичної особи, яка за станом здоров'я не може самостійно здійснювати свої права та обов'язки**

(назва адміністративної послуги)

**Відділ «Центр надання адміністративних послуг» Виконавчого комітету Гребінківської міської ради**

**Виконавчий комітет міської ради**

(суб'єкт надання адміністративної послуги)

<b>Інформація про суб'єкта надання адміністративної послуги</b>		
<b>1.</b>	Місцезнаходження суб'єктанадання адміністративної послуги	<b>Адреса :</b> 37400, Полтавська область, Лубенський район, м. Гребінка, вул. Ярослава Мудрого, 35
<b>2.</b>	Інформація щодо режиму роботи суб'єкта надання адміністративної послуги ;	<b>Графік роботи:</b> Понеділок, вівторок з 9.00 год - до 16.00 год. Середа, п'ятниця з 8.00 - до 15.00 год. Четвер з 9.00 - до 20.00 год. Субота з 9.00 – до 13.00 год. Неділя – вихідний. Без перерви на обід
<b>3.</b>	Телефон/факс (довідки), адреса електронної пошти та веб-сайт суб'єкта надання адміністративної послуги	<b>Тел(093)3223727</b> <b>Веб-сайт:</b> <a href="http://www.hrebinka.org.ua/">http://www.hrebinka.org.ua/</a> <b>Електронна пошта:</b> <a href="mailto:tsnap_grebenka@ukr.net">tsnap_grebenka@ukr.net</a>
<b>Нормативні акти, якими регламентується надання адміністративної послуги</b>		
<b>4.</b>	Закони України	1.Цивільний Кодекс України ст.63, 74. 2.Закон України «Про місцеве самоврядування в Україні»
<b>5.</b>	Акти Кабінету Міністрів України	Правила опіки та піклування, затверджені спільним наказом Державного комітету України у справах сім'ї та молоді, Міністерства освіти України, Міністерства охорони здоров'я України і Міністерства праці та соціальної політики України від 26.05.99 № 34/166/131/88.
<b>Умови отримання адміністративної послуги</b>		
<b>6.</b>	Підстава для одержання адміністративної послуги	Призначення помічника дієздатній фізичній особі, яка за станом здоров'я не може самостійно здійснювати свої права та обов'язки

7.	Вичерпний перелік документів, необхідних для отримання адміністративної послуги, а також вимоги до них	<p>Основні документи:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-заява дієздатної фізичної особи, якій потрібний помічник;</li> <li>-заява особи, котра хоче бути помічником фізичної особи, яка за станом здоров'я не може самостійно здійснювати свої права та виконувати обов'язки;</li> <li>-копія паспорта громадянина України – особи, якій потрібен помічник (всі заповнені сторінки);</li> <li>-копія паспорта громадянина України – особи, яка буде помічником (всі заповнені сторінки);</li> <li>-копія ідентифікаційного номера особи, що потребує призначення помічника та особи, яка буде помічником;</li> <li>-довідка про стан здоров'я особи, що потребує призначення помічника та потенційного помічника, видана лікарсько-консультативною комісією;</li> <li>-акт обстеження матеріально-побутових умов особи, яка потребує помічника;</li> <li>-довідка про склад сім'ї або зареєстрованих у житловому приміщенні/будинку осіб особи, яка хоче бути помічником та особи, що потребує призначення помічника;</li> <li>-характеристика з місця роботи або проживання особи, яка хоче бути помічником;</li> <li>-довідка про доходи за попередній рік особи, яка хоче бути помічником.</li> </ul>
8.	Порядок та спосіб подання документів, необхідних для отримання адміністративної послуги	Заявник особисто подає копії документів та надає оригінали для огляду до відділу «ЦНАП»
9.	Платність (безоплатність) надання адміністративної послуги	Безоплатність
10.	Строк надання адміністративної послуги	30 днів
11.	Перелік підстав для відмови у наданні адміністративної послуги	За відсутності документів, які підтверджують право на призначення помічника дієздатній фізичній особі, яка за станом здоров'я не може самостійно здійснювати свої права та обов'язки
12.	Результат надання адміністративної послуги	Призначення помічника дієздатній фізичній особі, яка за станом здоров'я не може самостійно здійснювати свої права та обов'язки.
13.	Способи отримання відповіді (результату)	Інформування заявника про прийняте рішення.
14	Примітка	За інформацію, яка наведена в цій картці, несе відповідальність керівник органу, що надає адміністративну послугу

Орган опіки і піклування  
Гребінківської міської ради  
Полтавської області  
місцезнаходження:  
37400, провул. Олексія Припутня, 1  
тел.(05359) 916800

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

\_\_\_\_\_ (дата народження)

\_\_\_\_\_ місце проживання:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Заява

Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ року народження за станом с  
вого здоров'я не можу самостійно здійснювати свої права та виконувати обов'язки. Ця обставина під  
тверджується і довідкою ЛКК № \_\_\_\_\_ КНП "Гребінківської міської лікарні" від \_\_\_\_\_.

Я у відповідності до чинного законодавства маю можливість мати помічника, який може здійснюв  
ати дії які передбачені законодавством зокрема ст.78 ЦК України.

Я обрала собі помічника, \_\_\_\_\_,  
року народження, який проживає \_\_\_\_\_ і є дієздатною особою.

Прошу затвердити моїм помічником, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ року народження.

За нашою з \_\_\_\_\_ домовленістю, його послуги як мого помічника - є безолатними.

Додаток:

\_\_\_\_\_ Дата

\_\_\_\_\_ підпис

\_\_\_\_\_ ПІБ

Орган опіки і піклування  
Гребінківської міської ради  
Полтавської області  
місцезнаходження:  
37400, провул. Олексія Припутня,1  
тел.(05359) 91267

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

\_\_\_\_\_ (дата народження)

місце проживання:

### ЗАЯВА

Прошу призначити мене помічником (кому) \_\_\_\_\_

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

який за станом здоров'я не може самостійно здійснювати свої права та виконувати обов'язки.

Повідомляю, що я ознайомлен\_\_ з правами і обов'язками помічника дієздатної фізичної особи і що послуги я буду здійснювати безоплатно.

**Документи, що додаються до заяви:**

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

**\* Відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» даю згоду на обробку, використання та зберігання моїх персональних даних у межах необхідних для надання адміністративної послуги. З правами і обов'язками щодо обробки моїх персональних даних ознайомлений**

\_\_\_\_\_ (дата)

\_\_\_\_\_ (підпис)

\_\_\_\_\_ (прізвище, ініціали)

(ініціали та прізвище адміністратора)	(реєстраційний номер)
(підпис)	(дата)