

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Рішення виконавчого  
комітету Гребінківської  
міської ради  
26.01.2024 № 17

## ІНФОРМАЦІЙНА КАРТКА АДМІНІСТРАТИВНОЇ ПОСЛУГИ

### Прийняття рішення про надання соціальних послуг

(назва адміністративної послуги)

Відділ «Центр надання адміністративних послуг» Виконавчого комітету

Гребінківської міської ради

Виконавчий комітет Гребінківської міської ради

(суб'єкт надання адміністративної послуги)

Інформація про центр надання адміністративної послуги		
1.	Місцезнаходження суб'єкта надання адміністративної послуги	Адреса :Полтавська область, м. Гребінка, вул. Ярослава Мудрого, 35.
2.	Інформація щодо режиму роботи центру 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 обідньої перерви.
3.	Телефон/факс (довідки), адреса електронної пошти та веб-сайт суб'єкта надання адміністративної послуги	<b>Тел.:</b> 0933223727 <b>Веб-сайт:</b> <a href="http://www.hrebinka.org.ua/">http://www.hrebinka.org.ua/</a> <b>Електронна пошта:</b> tsnap_grebenka@ukr.net
Нормативні акти, якими регламентується надання адміністративної послуги		
4.	Закони України	Закон України "Про основи соціального захисту бездомних осіб і безпритульних дітей" "Про зайнятість населення" "Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю" "Про основні засади соціального захисту ветеранів праці та інших громадян похилого віку в Україні" стаття 13 "Про соціальні послуги" частина 1 стаття 273 "Про охорону дитинства" "Про запобігання та протидію домашньому насильству" "Про соціальну адаптацію осіб, які відбувають чи відбули покарання у виді обмеження волі або позбавлення волі на певний строк"
5.	Акти Кабінету Міністрів України	Постанова КМУ від 01.06.2020 №587 "Про організацію надання соціальних послуг" Постанова КМУ від 01.06.2020 №585 "Про забезпечення соціального захисту дітей, які перебувають у складних життєвих обставинах" Постанова КМУ від 26.06.2019 №576 "Про затвердження Порядку надання соціальних послуг особам з інвалідністю та особам похилого віку, які страждають на психічні розлади"
6.	Акти центральних органів виконавчої влади	Наказ ЦОВВ від 13.07.2018 №1005 Наказ Мінсоцполітики "Про затвердження форм обліку соціальної роботи з сім'ями/особами, які перебувають у складних життєвих обставинах" Наказ ЦОВВ від 16.11.2020 №769 Наказ Мінсоцполітики "Про затвердження форм документів, необхідних для надання соціальних послуг"

7.	Акти місцевих органів виконавчої влади/ органів місцевого самоврядування	-
<b>Умови отримання адміністративної послуги</b>		
8.	Підстава для одержання адміністративної послуги	<p>Підставою для отримання послуги є перебування осіб/сім'ї у складних життєвих обставинах та які не можуть самостійно подолати негативний вплив обставин, зумовлених такими чинниками:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) похилий вік;</li> <li>б) часткова або повна втрата рухової активності, пам'яті;</li> <li>в) невиліковні хвороби, хвороби, що потребують тривалого лікування;</li> <li>г) психічні та поведінкові розлади, у тому числі внаслідок вживання психоактивних речовин;</li> <li>г) інвалідність;</li> <li>д) бездомність;</li> <li>е) безробіття;</li> <li>є) малозабезпеченість особи;</li> <li>ж) поведінкові розлади у дітей через розлучення батьків;</li> <li>з) ухилення батьками або особами, які їх замінюють, від виконання своїх обов'язків із виховання дитини;</li> <li>и) втрата соціальних зв'язків, у тому числі під час перебування в місцях позбавлення волі;</li> <li>і) жорстоке поводження з дитиною;</li> <li>ї) насильство за ознакою статі;</li> <li>й) домашнє насильство;</li> <li>к) потрапляння в ситуацію торгівлі людьми;</li> <li>л) шкода, завдана пожежею, стихійним лихом, катастрофою, бойовими діями, терористичним актом, збройним конфліктом, тимчасовою окупацією.</li> </ul>
9.	Вичерпний перелік документів, необхідних для отримання адміністративної послуги, а також вимоги до них	<p>Заява за встановленою формою <a href="https://cutt.ly/svPeXgo">https://cutt.ly/svPeXgo</a></p> <p>Акт оцінювання потреб особи/сім'ї у соціальних послугах (за наявності), складений соціальним менеджером/фахівцем із соціальної роботи</p> <p>Копія довідки до акта огляду медико-соціальною експертною комісією за формою, затвердженою МОЗ (для осіб з інвалідністю)</p> <p>Копія довідки про взяття на облік внутрішньо переміщеної особи (за наявності)</p> <p>Копія довідки про захворювання дитини на тяжке перинатальне ураження нервової системи, тяжку вроджену ваду розвитку, рідкісне орфанне захворювання, онкологічне, онкогематологічне захворювання, дитячий церебральний параліч, тяжкий психічний розлад, цукровий діабет I типу (інсулінозалежний), гостре або хронічне захворювання нирок IV ступеня, про те, що дитина отримала тяжку травму, потребує трансплантації органа, потребує паліативної допомоги, виданої лікарсько-консультативною комісією лікувально-профілактичного закладу (за наявності)</p> <p>Копія документа, що засвідчує реєстрацію у Державному реєстрі фізичних осіб - платників податків, у якому зазначено реєстраційний номер облікової картки платника податків, або копія паспорта громадянина України (для фізичних осіб, які</p>

		<p>через свої релігійні переконання відмовились від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків, офіційно повідомили про це відповідному контролюючому органу та мають про це відмітку в паспорті)</p> <p>Копія медичного висновку про дитину з інвалідністю віком до 18 років, виданого в установленому МОЗ порядку (для дитини з інвалідністю)</p> <p>Копія паспорта громадянина України або іншого документа, що посвідчує особу, яка потребує надання соціальних послуг</p> <p>Копія паспорта громадянина України опікуна або піклувальника особи, яка потребує надання соціальних послуг (за наявності опікуна або піклувальника)</p> <p>Копія рішення суду або органу опіки та піклування про призначення опікуна або піклувальника особі, яка потребує надання соціальних послуг (за наявності)</p> <p>Копія рішення суду про обмеження цивільної дієздатності або визнання недієздатною особи, яка потребує надання соціальних послуг (для недієздатних осіб та осіб, цивільна дієздатність яких обмежена)</p> <p>Медичний висновок про здатність до самообслуговування та потребу в сторонній допомозі (у разі потреби)</p> <p>Індивідуальна програма реабілітації особи з інвалідністю за формою, затвердженою МОЗ (за наявності інвалідності)</p> <p>Копія договору про відкриття та обслуговування поточного рахунка (за наявності)</p> <p>Довідка для направлення особи з інвалідністю до інтернатного закладу</p> <p>Копія пенсійного посвідчення або посвідчення особи, яка отримує державну соціальну допомогу (за наявності)</p>
10.	Порядок та спосіб подання документів, необхідних для отримання адміністративної послуги	<p>Для отримання соціальних послуг за рахунок бюджетних коштів особа або її законний представник подає органу соціального захисту населення за місцем свого проживання/перебування заяву про надання соціальних послуг, що складається за формою, затвердженою Мінсоцполітики, разом з необхідними документами.</p> <p>У разі відсутності в територіальній громаді органу соціального захисту населення заява про отримання соціальних послуг приймається уповноваженою посадовою особою виконавчого органу міської ради об'єднаної територіальної громади або старостинського округу/старостою.</p> <p>Заяви можуть прийматися центром надання адміністративних послуг за місцем проживання/перебування особи, яка потребує соціальних послуг.</p>
11.	Платність (безоплатність) надання адміністративної послуги	Безоплатно
12.	Строк надання адміністративної послуги	До 10 днів
13.	Перелік підстав для відмови у наданні адміністративної послуги	<p>Ненадання надавачем тих соціальних послуг, яких потребує особа/сім'я</p> <p>Відсутність потреби осіб/сімей, які належать до вразливих категорій населення або перебувають під впливом чинників,</p>

		що можуть зумовити потрапляння у складні життєві обставини, в соціальних послугах за результатами оцінювання потреб особи/сім'ї Наявність в особи відповідно до медичного висновку медичних протипоказань, перелік яких затверджується МОЗ (рішення про надання соціальних послуг приймається після усунення таких протипоказань)
<b>14.</b>	Результат надання адміністративної послуги	Рішення про надання соціальної послуги Рішення про відмову/припинення надання соціальних послуг
<b>15.</b>	Способи отримання відповіді (результату)	Отримати результати надання послуги заявник може особисто або через законного представника, поштовим відправленням на вказану при поданні заяви адресу (рекомендованим листом).

**ТЕХНОЛОГІЧНА КАРТКА АДМІНІСТРАТИВНОЇ ПОСЛУГИ**  
**Прийняття рішення про надання соціальних послуг**  
**Відділ «Центр надання адміністративних послуг» Виконавчого комітету**  
**Гребінківської міської ради»**  
**Виконавчий комітет Гребінківської міської ради**  
(суб'єкт надання адміністративної послуги)

№ з/п	Етапи послуги	Відповідальна посадова особа і структурний підрозділ	Дія (В, У, П, З)	Термін виконання (днів)
1.	Прийняття заяви та необхідних документів	Адміністратор відділу «ЦНАП»	В	Протягом 1 дня
2.	Перевірка документів одержувача адміністративної послуги	Адміністратор відділу «ЦНАП»	В	Протягом 1 дня
3.	Формування справи, занесення даних до реєстру	Адміністратор відділу «ЦНАП»	В	Протягом 1 дня
4.	Передача пакету документів заявника відділу соціального захисту населення Гребінківської міської ради	Адміністратор відділу «ЦНАП»	В	Протягом 1 дня
5.	Вивчення наданих матеріалів	Відділ соціального захисту	В	Протягом 1 дня з дати надходження документів
8.	Визначення надавача та залучення фахівця із соціальної роботи для проведення оцінки потреб у наданні соціальних послуг	Відділ соціального захисту	В	Протягом доби
10.	Оцінювання потреб сім'ї/особи у соціальних послугах	Фахівець із соціальної роботи надавача соціальних послуг	В	Протягом 5 робочих днів
11.	Розгляд Акту оцінки потреб сім'ї/особи для прийняття рішення про надання соціальних послуг	Відділ соціального захисту	В	Протягом доби
11.	Повідомлення про надання/відмову в наданні соціальних послуг	Відділ соціального захисту	В	до 3 робочих дні
12.	Інформація про прийняте рішення щодо надання соціальних послуг або відмову в їх наданні, соціальні послуги, що надаватимуться особі/сім'ї, а також про суб'єктів, що їх надаватимуть, фіксується в Реєстрі надавачів та отримувачів соціальних послуг	Відділ соціального захисту	В	протягом доби з моменту прийняття відповідного рішення
<b>Загальна кількість днів надання послуги</b>			<b>10</b>	
<b>Загальна кількість днів (передбачена законодавством) -</b>			<b>10</b>	

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства соціальної політики України  
16 листопада 2020 року № 769

Структурному підрозділу з питань соціального захисту  
населення

районної, районної у містах Києві / Севастополі державної  
адміністрації, виконавчий орган сільської, селищної, міської,  
районної в місті ради

від \_\_\_\_\_

(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) заявника / законного  
представника / уповноваженого представника сім'ї)

Дата народження \_\_\_\_\_

Місце проживання / перебування \_\_\_\_\_

Номер телефону \_\_\_\_\_

Документ, що посвідчує особу:

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

Ким та коли виданий \_\_\_\_\_

Унікальний номер запису в Єдиному державному  
демографічному реєстрі \_\_\_\_\_

Номер посвідки на постійне проживання, посвідки на тимчасове  
проживання, посвідчення біженця, посвідчення про взяття  
на облік бездомної особи (необхідне підкреслити)

Ким та коли видана(не) \_\_\_\_\_

Дата закінчення (продовження) строку дії посвідки/ посвідчення \_\_\_\_\_

—  
Реєстраційний номер облікової картки платника податків або  
серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України (ID-  
картка)\*\*

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

**ЗАЯВА**  
**про надання соціальних послуг**

№ \_\_\_\_\_  
(дата реєстрації заяви)

Прошу надати мені / моєму(ій) синові (доньці) / моїй сім'ї / підопічному(ій) (необхідне підкреслити)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) сина (доньки) чи підопічного(ї))  
дата народження « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ рік,

наявність  інвалідності

\_\_\_\_\_ (група інвалідності, строк встановлення групи інвалідності)

який (яка) проживає / перебуває за адресою: \_\_\_\_\_  
zareєстрованого(ї) за адресою: \_\_\_\_\_

безоплатно  платно  з установленням диференційованої плати .  
соціальну(і) послугу(и):

1	інформування	
2	догляд вдома	
3	догляд стаціонарний	
4	денний догляд	
5	денний догляд дітей з інвалідністю	
6	підтримане проживання осіб похилого віку та осіб з інвалідністю	
7	підтримане проживання бездомних осіб	
8	транзитне підтримане проживання / учбова соціальна квартира (будинок)	
9	паліативний догляд	
10	персональний асистент	
11	соціальний супровід сімей / осіб, які перебувають у складних життєвих обставинах	
12	соціальний супровід сімей, у яких виховуються діти-сироти і діти, позбавлені батьківського піклування	
13	соціальний супровід при працевлаштуванні та на робочому місці	
14	соціальна адаптація	
15	соціально-трудова адаптація	
16	соціальна інтеграція та реінтеграція	
17	соціальна реабілітація осіб з інтелектуальними та психічними порушеннями	
18	соціально-психологічна реабілітація	
19	соціально-психологічна реабілітація осіб із залежністю від наркотичних засобів чи психотропних речовин	
20	соціально-психологічна реабілітація осіб із ігровою залежністю	
21	консультування	

22	представництво інтересів	
23	посередництво	
24	надання притулку	
25	короткотермінове проживання	
26	соціальна профілактика	
27	фізичний супровід осіб з інвалідністю, які мають порушення опорно-рухового апарату та пересуваються на кріслах колісних, з інтелектуальними, сенсорними, фізичними, моторними, психічними та поведінковими порушеннями	
28	переклад жестовою мовою	
29	натуральна допомога	
30	догляд та виховання дітей в умовах, наближених до сімейних	
31	супровід під час інклюзивного навчання	
32	тимчасовий відпочинок для осіб, що здійснюють догляд за особами з інвалідністю, особами, які мають невиліковні хвороби, хвороби, що потребують тривалого лікування	
33	тимчасовий відпочинок для батьків або осіб, які їх замінюють, що здійснюють догляд за дітьми з інвалідністю	
34	транспортні послуги	

**Надавач соціальної послуги:**

\_\_\_\_\_

(вказати найменування надавача соціальної послуги за потреби)

**Відомості, які використовуються для обчислення середньомісячного сукупного доходу отримувача соціальної послуги за рахунок бюджетних коштів або з установами диференційованої плати з \_\_\_\_\_ р. до \_\_\_\_\_ р.\***

Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності)	Назва та реквізити документу, що посвідчує особу	Реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України (ID-картка)**

До заяви відповідно до законодавства додано \_\_\_\_\_ документів на \_\_\_\_\_ аркушах.

Соціальних послуг від фізичної особи, якій призначено щомісячну компенсаційну виплату, допомогу на догляд в установленому законодавством порядку, не отримую. Соціальні послуги не надаю. Договір довічного утримання (догляду) не уклала(в) (вказується у разі отримання соціальних послуг догляду (вдома, стаціонарного, паліативного)).

З умовами та порядком надання соціальних послуг, припинення їх надання, тарифами (у разі надання платних соціальних послуг або з установами диференційованої плати) ознайомена(ий).

Зобов'язуюсь повідомляти про зміни обставин, які можуть вплинути на надання мені / моєму(їй) синові (доньці) / моїй сім'ї / підопічному(ій) соціальних послуг.

**У разі необхідності прийняття рішення щодо звільнення мене / мого(єї) сина (доньки) / моєї сім'ї / підопічного(ої) від плати за соціальні послуги прошу розглянути мою заяву відповідними місцевими органами виконавчої влади / місцевого самоврядування відповідно до частини 7 статті 28 Закону України «Про соціальні послуги» (надання соціальних послуг за бюджетні кошти) (відповідне підкреслити).**

Я усвідомлюю, що наведені мною відомості, що вплинули або могли вплинути на прийняте

рішення щодо надання соціальної послуги, будуть перевірені згідно з чинним законодавством України.

\* Відомості для обчислення середньомісячного сукупного доходу отримувача соціальної послуги не заповнюються щодо отримувачів соціальних послуг, які мають право на отримання соціальної послуги за рахунок бюджетних коштів незалежно від доходу зокрема:

осіб, які постраждали від торгівлі людьми і отримують соціальну допомогу відповідно до законодавства у сфері протидії торгівлі людьми; осіб, які постраждали від домашнього насильства або насильства за ознакою статі; дітей з інвалідністю; осіб з інвалідністю I групи; дітей-сиріт, дітей, позбавлених батьківського піклування; осіб з їх числа віком до 23 років; сімей опікунів, піклувальників; прийомних сімей; дитячих будинків сімейного типу; сімей патронатних вихователів; дітей, яким не встановлено інвалідність, але які є хворими на тяжкі перинатальні ураження нервової системи, тяжкі вроджені вади розвитку, рідкісні орфанні захворювання, онкологічні, онкогематологічні захворювання, дитячий церебральний параліч, тяжкі психічні розлади, цукровий діабет I типу (інсулінозалежні), гострі або хронічні захворювання нирок IV ступеня; дітей, які отримали тяжку травму, потребують трансплантації органа, потребують паліативної допомоги;

інших категорій осіб, якщо вони потребують соціальних послуг з інформування, консультування, надання притулку, представництва інтересів, перекладу жестовою мовою, а також соціальних послуг, що надаються екстрено (кризово) (необхідне підкреслити) та/або за плату.

\*\* 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 в паспорті громадянина України.

\_\_\_\_\_ (дата заповнення)

\_\_\_\_\_ (підпис)

**Заповнюється відповідальною особою структурного підрозділу з питань соціального захисту населення районної, районної у містах Києві / Севастополі державної адміністрації, виконавчого органу сільської, селищної міської районної в місті ради, центру надання соціальних послуг**

Відомості з паспорта громадянина України та поданих документів звірені.

Заяву та документи на \_\_\_\_\_ аркушах прийнято «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. та зареєстровано за № \_\_\_\_\_

Для розгляду заяви необхідно додати до «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. такі документи:

—

**Відповідальна**

**особа** \_\_\_\_\_

(прізвище та підпис  
відповідальної особи)

**Ознайомився** \_\_\_\_\_

(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) заявника / законного  
представника / уповноваженого представника сім'ї)

—

**Заповнюється відповідальною особою структурного підрозділу з питань соціального захисту населення районної, районної у містах Києві / Севастополі державної адміністрації, виконавчого органу сільської, селищної міської районної в місті ради, центру надання соціальних послуг**

Відомості з паспорта громадянина України та поданих документів звірені.

Заяву та документи на \_\_\_\_\_ аркушах прийнято «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. та зареєстровано за № \_\_\_\_\_

Для розгляду заяви необхідно додати до «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. такі документи:

—

**Відповідальна**

**особа** \_\_\_\_\_

**Ознайомився** \_\_\_\_\_

(прізвище та підпис  
відповідальної особи)

(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) заявника / законного  
представника / уповноваженого представника сім'ї)

### ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства соціальної політики України  
16 листопада 2020 року № 769

(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) заявника/  
законного представника / уповноваженого представника сім'ї)

(місце проживання/перебування)

### ПОВІДОМЛЕННЯ

#### про надання / відмову в наданні соціальних послуг

(найменування структурного підрозділу з питань соціального захисту населення районної,  
районної у місті Києві/Севастополі державної адміністрації виконавчий орган сільської,  
селищної, міської, районної в місті ради)

прийнято рішення про надання / відмову в наданні соціальних послуг (необхідне підкреслити)

від \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік) (номер)

(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) особи, яка потребує надання соціальних послуг)

(найменування установи, закладу, організації, підприємства)

безоплатно  платно  з установами диференційованої плати

Причина відмови \_\_\_\_\_

Керівник

(посада)

(підпис)

(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності))

М. П. (за наявності)

\_\_\_\_\_ 20\_\_ року

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ Міністерства соціальної політики України  
16 листопада 2020 року № 769

**РІШЕННЯ**  
**про надання / відмову в наданні соціальних послуг**

\_\_\_\_\_ (число, місяць, рік)

\_\_\_\_\_ (номер рішення)

\_\_\_\_\_ (найменування структурного підрозділу з питань соціального захисту населення районної, районної у місті Києві/Севастополі державної адміністрації, виконавчого органу сільської, селищної, міської, районної в місті ради)

Дата звернення \_\_\_\_\_ реєстраційний № \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (число, місяць, рік)

Звернення первинне/повторне (необхідне підкреслити)

Заявник \_\_\_\_\_ (прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) заявника / законного представника/ уповноваженого представника сім'ї)

Особа(и), яка(і) отримуватимуть соціальну(і) послугу(и), \_\_\_\_\_

з \_\_\_\_\_ (прізвище, ім'я, по батькові (за наявності))  
урахуванням оцінювання потреб особи/сім'ї

\_\_\_\_\_ (вказати результат оцінювання потреб)  
та середньомісячного сукупного доходу особи/сім'ї, яка отримуватиме соціальну(і) послугу(и),  
\_\_\_\_\_ грн:

1) \_\_\_\_\_ надати \_\_\_\_\_ соціальну \_\_\_\_\_ послугу

\_\_\_\_\_ (назва соціальної послуги)

безоплатно платно з установленням диференційованої плати.

Гранична величина становить \_\_\_\_\_ грн (для отримувача соціальної(их) послуги(г) з установами диференційованої плати).

Надавач соціальної послуги \_\_\_\_\_ (найменування установи, закладу, підприємства, організації)

2) відмовити в наданні соціальної послуги \_\_\_\_\_ ;

\_\_\_\_\_ (назва соціальної(их) послуги)

\_\_\_\_\_ (причина відмови)

**Спеціаліст з опрацювання заяв**

\_\_\_\_\_ (посада)

\_\_\_\_\_ (підпис)

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

**Керівник**

\_\_\_\_\_ (посада)

\_\_\_\_\_ (підпис)

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

М. П. (за наявності)

\_\_\_\_\_ 20\_\_ року

**РОЗРАХУНОК**  
**середньомісячного сукупного доходу особи,**  
**яка отримуватиме соціальну(і) послугу(и)**

№		Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності)	Родинний зв'язок	Реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України	Вид доходу		Усього
					4-й міс.	5-й міс.	
1	Заявник						
	помісячно	1-й міс.	2-й міс.	3-й міс.	4-й міс.	5-й міс.	6-й міс.
2	Член сім'ї						
	помісячно	1-й міс.	2-й міс.	3-й міс.	4-й міс.	5-й міс.	6-й міс.
3	Член сім'ї						
	помісячно	1-й міс.	2-й міс.	3-й міс.	4-й міс.	5-й міс.	6-й міс.
4	Член сім'ї						
	помісячно	1-й міс.	2-й міс.	3-й міс.	4-й міс.	5-й міс.	6-й міс.

Сукупний дохід сім'ї за попередні шість місяців, що  
 передують місяцю звернення

\_\_\_\_\_

Середньомісячний сукупний дохід сім'ї за попередні  
 шість місяців, що передують місяцю звернення

\_\_\_\_\_

Середньомісячний сукупний дохід на одного члена сім'ї  
 за попередні шість місяців, що передують місяцю  
 звернення

\_\_\_\_\_

Гранична величина (визначається для надання соціальних  
 послуг з установами диференційованої плати)

\_\_\_\_\_

Спеціаліст з опрацювання заяв

\_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_

Головний спеціаліст з опрацювання заяв

\_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_