

ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ "ЮРИДИЧНА СОТНЯ"

## **ДОВІДНИК**

для військовослужбовців та працівників  
військкоматів щодо інформування  
ветеранів війни  
з числа учасників АТО/ООС

## Зміст

1.	Забезпечення земельними ділянками	3
2.	Забезпечення доступним житлом	12
3.	Забезпечення санаторно-курортним лікуванням	18
4.	Забезпечення протезуванням (ортезуванням) осіб з інвалідністю	26
4.1.	Загальний порядок протезуванням (ортезуванням) осіб з інвалідністю	26
4.2.	Порядок протезуванням (ортезуванням) осіб з інвалідністю за новітніми технологіями	29
4.3.	Порядок протезуванням (ортезуванням) осіб з інвалідністю та за кордоном	30
5.	Психологічна реабілітація	42
6.	Професійна адаптація	45
7.	Медичне забезпечення	50
8.	Трудові пільги	52
9.	<i>Додатки:</i>	
9.1.	Інформація про працівників центрального апарату та територіальних органів Державної служби України у справах ветеранів війни та учасників антитерористичної операції	54
9.2.	Інформація про обласні структурні підрозділи соціального захисту населення	57

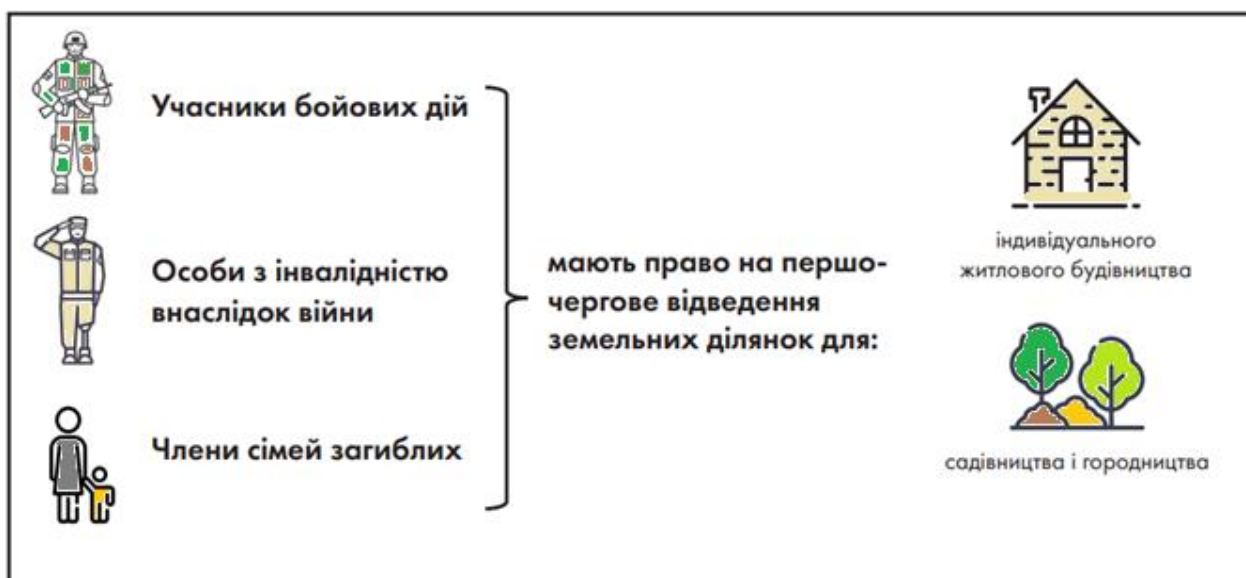
# 1. ОФОРМЛЕННЯ ЗЕМЕЛЬНИХ ДІЛЯНОК



## Нормативно - правова база:

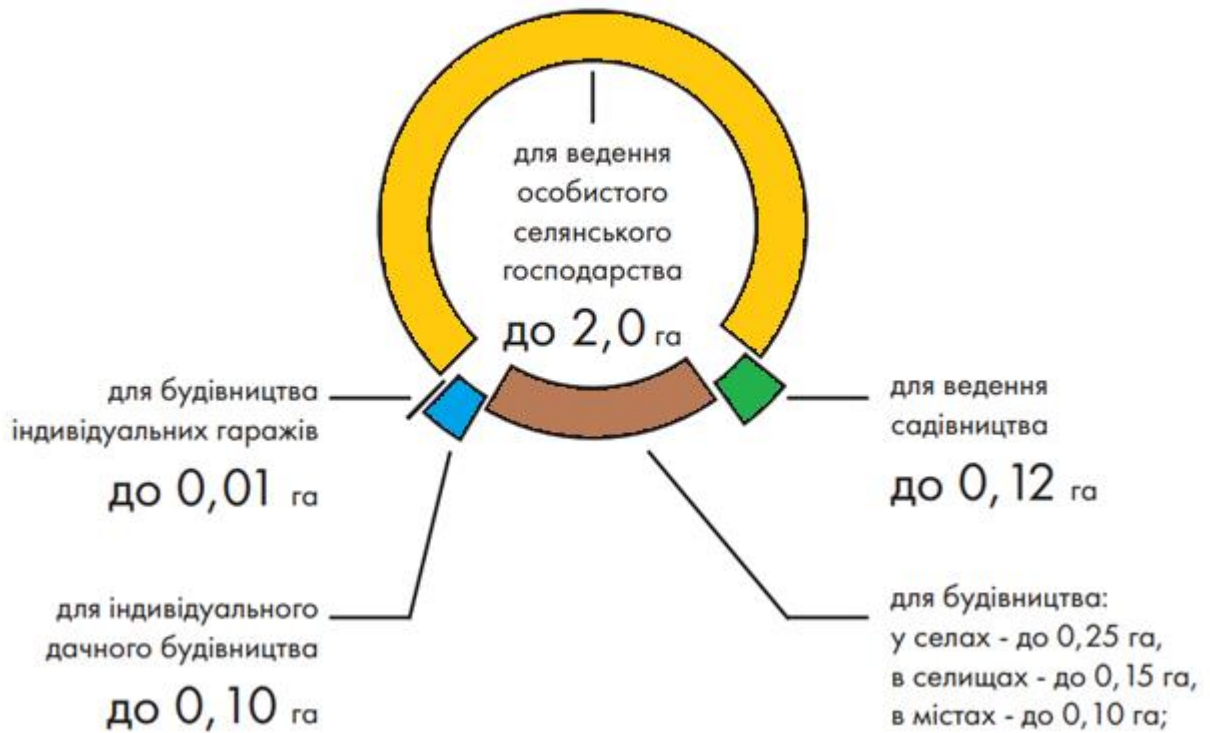
*Закон України "Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту" ст. 12 п.14, ст.13 п.18, ст.15 п.15.*

- *Земельний кодекс України.*
- *Постанова Кабінету Міністрів України від 17 жовтня 2012 р. № 1051 "Про затвердження Порядку ведення Державного земельного кадастру".*
- *Постанова Кабінету Міністрів України від 7 червня 2017 р. № 413 "Деякі питання удосконалення управління в сфері використання та охорони земель сільськогосподарського призначення державної власності та розпорядження ними".*



**Земельні ділянки виділяються лише, якщо особа раніше не скористалася правом на приватизацію землі відповідного цільового призначення.**

Кожен громадянин України може один раз скористатися правом на виділення по одній земельній ділянці з таких видів цільового призначення:



Учасники бойових дій та інваліди війни мають можливість отримати у власність земельну ділянку сільськогосподарського призначення державної власності. Таке право не може обмежуватись переліками земельних ділянок, які обласні Держгеокадастри пропонують для передачі у власність громадян.

## Де знайти земельну ділянку:



Вибрати з ділянок, позначених білим кольором на сторінці [map.land.gov.ua/kadastrova-karta](http://map.land.gov.ua/kadastrova-karta)



Звернутися до територіальних управлінь Держгеокадастру



Звернутись до сільської, селищної, міської ради за місцезорозташуванням ділянки



Якщо бажана земельна ділянка знаходиться за межами населеного пункту та не відноситься до земель сільськогосподарського призначення державної власності і необхідна для дачного будівництва потрібно звернутись до відповідної районної державної адміністрації.

Розташування земельної ділянки не залежить від місця реєстрації особи, яка має право на виділення земельної ділянки. Проживаючи у Києві, можна просити виділити земельну ділянку у Львові.



## Перелік документів

1. **Клопотання** до відповідного органу виконавчої влади або органу місцевого самоврядування, який передає земельні ділянки державної чи комунальної власності у власність відповідно до повноважень, визначених статтею 122 Кодексу. У клопотанні зазначаються цільове призначення земельної ділянки та її орієнтовні розміри. До клопотання додаються графічні матеріали, на яких зазначено бажане місце розташування земельної ділянки (Див. Додаток №1).

2. **Графічні матеріали** на яких зазначається бажане місце розташування земельної ділянки.

3. **Посвідчення** учасника бойових дій, або особи з інвалідністю внаслідок війни, або учасника війни, або постраждалого учасника Революції Гідності.

### Куди звертатися



- з питань земель державної власності - до головного або обласного управління Державної служби України з питань геодезії, картографії та кадастру, (Сайт Держгеокадастру - <http://land.gov.ua/>).
- з питань що стосуються земель комунальної власності - до сільської, селищної, міської ради.















### Порядок виділення земельної ділянки



Етап приватизації	Куди звертатися	Документи, які треба подати	Строк виконання	Документ, який отримує	Корисні поради
Дозвіл на розроблення проекту землеустрою	Міська, селищна, сільська рада, головне управління Держгеокадастру у відповідній області, районна, обласна державна адміністрація	1) Клопотання із зазначенням цільового призначення земельної ділянки та її орієнтовні розміри (зразок клопотання є в органі, до якого його подаєте). 2) Графічні матеріали, на яких зазначено бажане місце розташування земельної ділянки. 3) Документи, які підтверджують статус учасника АТО.	1 місяць	Дозвіл щодо відведення земельної ділянки	Дозвіл на розроблення проекту землеустрою надається безоплатно та має необмежений строк дії. Якщо протягом 1 місяця з дня реєстрації клопотання не надано дозволу на розроблення проекту землеустрою щодо відведення земельної ділянки або мотивовану відмову у його наданні, то Ви, у місячний строк з дня закінчення зазначеного строку, маєте право замовити розроблення проекту землеустрою без надання такого дозволу. Для цього необхідно письмово повідомити відповідний орган виконавчої влади або орган місцевого самоврядування, до якого подавали клопотання, та додати договір на виконання робіт із землеустрою щодо відведення земельної ділянки.
Розроблення проекту землеустрою щодо відведення земельної ділянки	Суб'єкти господарювання, що є виконавцями робіт із землеустрою згідно з законом (перелік є на сайті Держгеокадастру в рубриці «Напрями діяльності», розділ «Сертифікація»	Дозвіл на розроблення проекту землеустрою щодо відведення земельної ділянки	Згідно з угодою сторін, але не більше 6 міс. з моменту укладення договору	Проект землеустрою щодо відведення земельної ділянки	Проект землеустрою подається на погодження розробником. Кожен орган розглядає та погоджує проект землеустрою самостійно та незалежно від погодження проекту іншими органами. Висновок про погодження проекту землеустрою надається безоплатно та строк його дії необмежений
Погодження проекту землеустрою щодо відведення земельної ділянки	Територіальний орган Держгеокадастру в районах (містах); структурний підрозділ райдержадміністрації у сфері містобудування та архітектури або виконавчий орган міської ради у сфері містобудування та архітектури (якщо ділянка в межах населеного пункту або на ній планується будівництво); інші органи виконавчої влади згідно зі статтю 186-1 Земельного кодексу України в	Оригінал проекту землеустрою (територіальному органу Держгеокадастру) та копія проекту землеустрою (іншим органам)	10 робочих днів	Висновок про погодження проекту землеустрою	Проект землеустрою подається на погодження розробником. Кожен орган розглядає та погоджує проект землеустрою самостійно та незалежно від погодження проекту іншими органами. Висновок про погодження проекту землеустрою надається безоплатно та строк його дії необмежений.

	залежності від місця розташування земельної ділянки (об'єкт природнозаповідного фонду, прибережна захисна смуга пам'ятка культурної спадщини, землі історико-культурного, лісгосподарського призначення, водного фонду)				
Реєстрація земельної ділянки	Державний кадастровий реєстратор	1) Заява про державну реєстрацію земельної ділянки (за формою згідно з додатком 22 постанови КМУ від 17.10.2012 №1051); 2) Оригінал документації із землеустрою, яка є підставою для формування земельної ділянки; 3) Документація із землеустрою, яка є підставою для формування земельної ділянки у формі електронного документа	14 календарних днів	Витяг з Державного земельного кадастру про земельну ділянку	Заява з доданими документами надається заявником особисто чи уповноваженою ним особою або надсилається поштою цінним листом з описом вкладення та повідомленням про вручення. Витяг з Державного земельного кадастру про земельну ділянку надається безоплатно та містить всі відомості про земельну ділянку, внесені до Поземельної книги. Складовою частиною витягу є кадастровий план земельної ділянки.
Затвердження проекту землеустрою	Міська, селищна, сільська рада, головне управління Держгеокадастру у відповідній області, районна, обласна державна адміністрація	Погоджений проект землеустрою; позитивний висновок державної експертизи землевпорядної документації (у разі необхідності згідно із законом)	Двотижневий строк	Рішення про затвердження проекту землеустрою та надання земельної ділянки у власність	
Реєстрація права власності на землю	Міністерство юстиції			Інформаційна довідка Державного реєстру речових прав на нерухоме майно	

## Порядок передачі земельних ділянок державної або комунальної власності у власність учасникам АТО

Назва організаційного заходу	Подання клопотання про надання дозволу на розроблення документації із землеустрою	Прийняття рішення про надання дозволу на розробку документації із землеустрою	Розробка документації із землеустрою	Погодження документації із землеустрою	Реєстрація земельної ділянки в Державному земельному кадастрі	Рішення про затвердження землевпорядної документації та передачі земельної ділянки у власність	Реєстрація права власності на земельну ділянку
<b>Учасники процесу</b>							
Термін виконання	В день подання	До 30 днів	До 6 місяців	До 10 роб. днів	До 14 роб. днів	До 14 роб. днів	До 14 роб. днів
Вартість	Безкоштовно	Безкоштовно	За договором (в середньому 1400 грн)	Безкоштовно	Безкоштовно	Безкоштовно	239 грн
Учасник АТО							
Орган місцевого самоврядування (землі в межах населених пунктів)							
Головне управління Держгеокадастру в області (землі с/г призначення державної власності)							
Розробник документації із землеустрою *							
Територіальний орган Держгеокадастру в районах (містах)							
Структурний підрозділ РДА у сфері містобудування та архітектури (ділянка в межах населеного пункту або планується будівництво)							
Укрдержреєстр							

\*Відповідно до статті 26 Закону України “Про землеустрій” розробниками документації із землеустрою є:

юридичні особи, що володіють необхідним технічним і технологічним забезпеченням та у складі яких працює за основним місцем роботи не менше двох сертифікованих інженерів-землевпорядників, які є відповідальними за якість робіт із землеустрою;

фізичні особи - підприємці, які володіють необхідним технічним і технологічним забезпеченням та є сертифікованими інженерами-землевпорядниками, відповідальними за якість робіт із землеустрою.

Перелік розробників документації із землеустрою на території області можна отримати в Головних управліннях Держгеокадастру в областях.



Кому: (Розпорядник) \_\_\_\_\_  
Адреса: \_\_\_\_\_  
Тел.: \_\_\_\_\_  
Від: ПІБ \_\_\_\_\_  
Адреса \_\_\_\_\_  
Паспорт: \_\_\_\_\_  
ІНН: \_\_\_\_\_  
Військовий квиток \_\_\_\_\_  
УБД \_\_\_\_\_  
Довідка про участь в  
АТО \_\_\_\_\_  
Тел: \_\_\_\_\_

### КЛОПОТАННЯ

про відведення земельної ділянки площею від 0,09га до 0,1га для  
будівництва та обслуговування житлового будинку

Відповідно до статті 14 Конституції України та статей 118, 121 Земельного кодексу України прошу надати дозвіл на розробку проекту землеустрою щодо відведення земельної ділянки, для передачі мені безоплатно у приватну власність земельної ділянки для будівництва та обслуговування житлового будинку, орієнтовна площа земельної ділянки складатиме від 0,09 гектара до 0,1 гектара, в межах норм безоплатної приватизації.

Земельна ділянка розташована по вулиці \_\_\_\_\_, біля будинку під номером \_\_\_\_, в місті/селі \_\_\_\_\_. Приблизне розташування земельної ділянки наведено в Додатку 3 до цього клопотання червоним контуром.

Цим також підтверджую, що раніше право власності на земельні ділянки шляхом одержання таких земельних ділянок із земель державної і комунальної власності в межах норм безоплатної приватизації я не набував. Земельних ділянок у власності не маю, проте маю бажання реалізувати своє конституційне право, передбачене статтею 14 Конституції України на приватизацію землі. Першочергове право на одержання земельної ділянки я маю на підставі статті 12(14) Закону України “Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту” від 22 жовтня 1993 року (далі – Закон про статус ветеранів). Моя участь в антитерористичній операції на Сході України належним чином підтверджена на підставі Довідки, виданої військовою частиною \_\_\_\_\_, від «\_\_» \_\_\_\_\_ (Додаток 4 до цього

Клопотання). Під час несення служби одержав поранення, про що докладаю документи в Додатку 5 до цього Клопотання. Метою одержання земельної ділянки є будівництво житла для своєї родини (маю \_\_\_\_\_ неповнолітніх дітей).

На підставі вище викладеного, та керуючись статтями 116, 118 та 121 Земельного кодексу України від 25 жовтня 2001 року (далі – Земельний кодекс), статті 12(14) Закону про статус ветеранів ПРОШУ:

1. Вважати це Клопотання заявою, поданою в порядку статті 118 Земельного кодексу про надання мені безоплатно у власність земельної ділянки з такими характеристиками:

а) цільове призначення земельної ділянки – для будівництва та обслуговування житлового будинку; б) орієнтовні розміри (площа) земельної ділянки становитимуть від 0,09 га до 0,1 га; в) графічні матеріали, на яких зазначене бажане місце розташування земельної ділянки, наведено в Додатку 3 до цього Клопотання;

г) погодження землекористувача про вилучення земельної ділянки не надається, оскільки таке погодження потребується виключно у випадку, якщо земельна ділянка перебуває в користуванні інших осіб (далі – Земельна ділянка);

2. Протягом одного місяця з дати одержання цього Клопотання надати дозвіл на розроблення проекту землеустрою щодо відведення зазначеної Земельної ділянки.

Щиро сподіваюся на плідну співпрацю! Додатки: 1. Додаток 1 – копія паспорта; 2. Додаток 2 – копія довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру платників податків; 3. Додаток 3 – графічні матеріали, на яких зазначено бажане місце розташування земельної ділянки; 4. Додаток 4 – довідка про мою участь в антитерористичній операції в Донецькій та Луганській областях; 5. Додаток 5 – підтвердження поранення, яке було одержано під час несення служби в Донецькій та Луганській областях.

З повагою

« ПІБ»

Дата

/ підпис ПІБ/

	Державному кадастровому реєстратору <hr/> (Держземагентство або найменування його територіального органу) <hr/> (прізвище, ім'я та по батькові фізичної особи / <hr/> найменування юридичної особи) <hr/> (податковий номер / серія та номер паспорта фізичної особи, яка через свої релігійні переконання відмовилася від прийняття номера) <hr/> (реквізити документа, що посвідчує особу, яка звернулася із заявою (назва документа, номер та серія, дата видачі), та документа, що посвідчує повноваження діяти від імені особи) <hr/> (місце проживання фізичної особи / <hr/> місцезнаходження юридичної особи) <hr/> (контактний телефон)
--	--

## ЗАЯВА

### про державну реєстрацію земельної ділянки

Відповідно до Земельного кодексу України та Закону України "Про Державний земельний кадастр" прошу зареєструвати земельну ділянку площею \_\_\_\_\_ гектарів, яка розташована за адресою: \_\_\_\_\_

Додаткові відомості \_\_\_\_\_

До заяви додаються:

- копія документа, що посвідчує особу;
- копія документа, що посвідчує повноваження діяти від імені особи;
- копія документа про присвоєння податкового номера;
- документація із землеустрою;
- електронний документ;

Надаю дозвіл на обробку моїх персональних даних з метою отримання відповідних послуг та використання цих даних для ведення Державного земельного кадастру згідно з вимогами законодавства.

		Службова інформація
		Реєстраційний номер заяви
		Дата реєстрації заяви
Підпис заявника		
		Прізвище, ім'я та по батькові Державного кадастрового реєстратора
М.П. (за наявності)		Підпис Державного кадастрового реєстратора
Дата подання заяви		

М.П. \_\_\_\_\_

Примітка. Заява подається окремо на кожну земельну ділянку.

{Додаток 22 із змінами, внесеними згідно з Постановою КМ № 661 від 26.11.2014}

## 2. ДЕРЖАВНА ПРОГРАМА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСТУПНИМ ЖИТЛОМ. ПРОЦЕДУРА ВЗЯТТЯ НА КВАРТИРНИЙ ОБЛІК



### Нормативно - правова база:

Закон України "Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту" ст. 12 п.14, ст.13 п.18, ст.15 п.15.

Постанова Кабінету Міністрів України від 11 лютого 2009 р.

№ 140 "Про затвердження Порядку забезпечення громадян доступним житлом".

Стаття 60 Житлового кодексу Української РСР.

Постановою Ради Міністрів Української РСР і Української Республіканської Ради Професійних Спілок від 11 грудня 1984 р. N 470 затверджені Правила обліку громадян, які потребують поліпшення житлових умов, і надання їм жилих приміщень в Українській РСР (далі – Правила).

### Державна програма полягає у:

сплаті 50% відсотків вартості придбаного житла за рахунок коштів державного бюджету

або

надання іпотечного кредиту за ставкою 7% (за кошти Держмолодьбуду) або 14,5% (за кошти банку)

### Державна підтримка надається



Учасники бойових дій



Особи з інвалідністю внаслідок війни



Члени сімей загиблих



Внутрішньо переміщеним особам

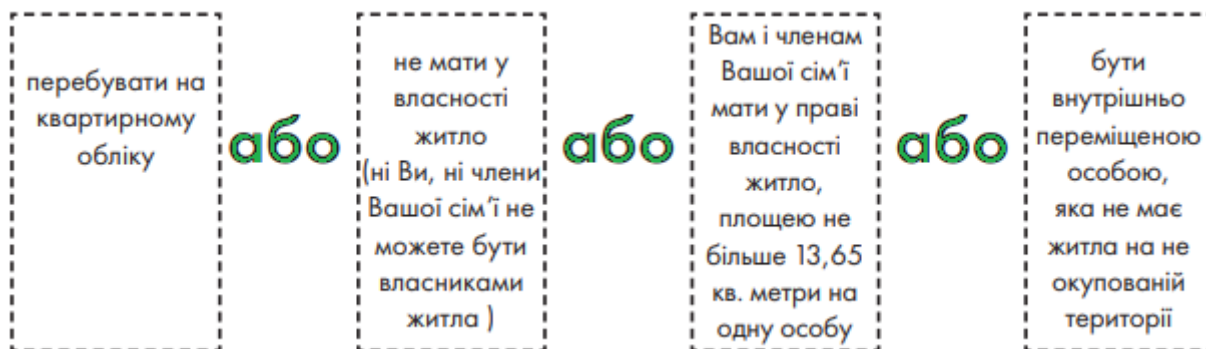
Середньомісячний зарплатний дохід (зарплата, пенсія, доходи з інших джерел) членів Вашої сім'ї перевищує п'ятикратний розмір середньомісячної зарплатної плати у відповідному регіоні



**УВАГА!**  
ВАЖЛИВА ІНФОРМАЦІЯ!

Середньомісячна зарплатна плата у відповідному регіоні визначається кожного місяця для кожної окремої області Державною службою статистики і публікується на веб-сайті служби – [ukrstat.gov.ua](http://ukrstat.gov.ua)

## Вимоги участі в програмі



## Перелік документів

- заява про надання державної підтримки (Додаток 3) заповнюється у регіональному управлінні;
- інформація з Державного реєстру речових прав на нерухоме майно про відсутність у власності житла;
- довідка про реєстрацію місця проживання особи на кожного члена сім'ї, що видана виконавчим органом сільської, селищної, міської ради, сільським головою;
- копія свідоцтва про шлюб;
- копія паспорту;
- копія реєстраційного номера облікової картки платника податків;
- документи, які показують дохід та дохід членів сім'ї (наприклад, довідка з місця роботи щодо розміру зарплати за останні 6 місяців, довідка територіального органу Пенсійного фонду України про розмір пенсійних виплат за останні 6 місяців);
- копія довідки про взяття на облік внутрішньо переміщеної особи та копії відповідних довідок членів сім'ї громадянина – тільки для внутрішньо переміщених осіб;
- довідка про перебування на квартирному обліку – тільки якщо ви перебуваєте на квартирному обліку (внутрішньо переміщеним особам не потрібно подавати цей документ навіть, якщо вони перебувають на квартирному обліку);
- акт технічного стану житла – тільки для внутрішньо переміщених осіб, житло яких (що розташоване на не окупованій території) зруйноване та непридатне для проживання.

Площа житла не перевищує 21 кв.м. на одну особу та додатково 10,5 кв.м. на сім'ю (наприклад, для сім'ї з трьох осіб максимальна площа житла – 73,5 кв.м. (21 кв.м. + 21 кв.м. + 10,5 кв.м.).

Вартість 1 кв.м. не перевищує опосередковану вартість, яка визначається щоквартально Міністерством регіонального розвитку. При цьому для м. Києва, Дніпра, Львова, Одеси та Харкова ця вартість збільшується в 1,75 раза, для міст - обласних центрів, а також міст обласного значення з населенням понад 300 тис. осіб - 1,5 раза, для міст обласного значення з населенням від 100 тис. до 300 тис. - 1,25 раза.



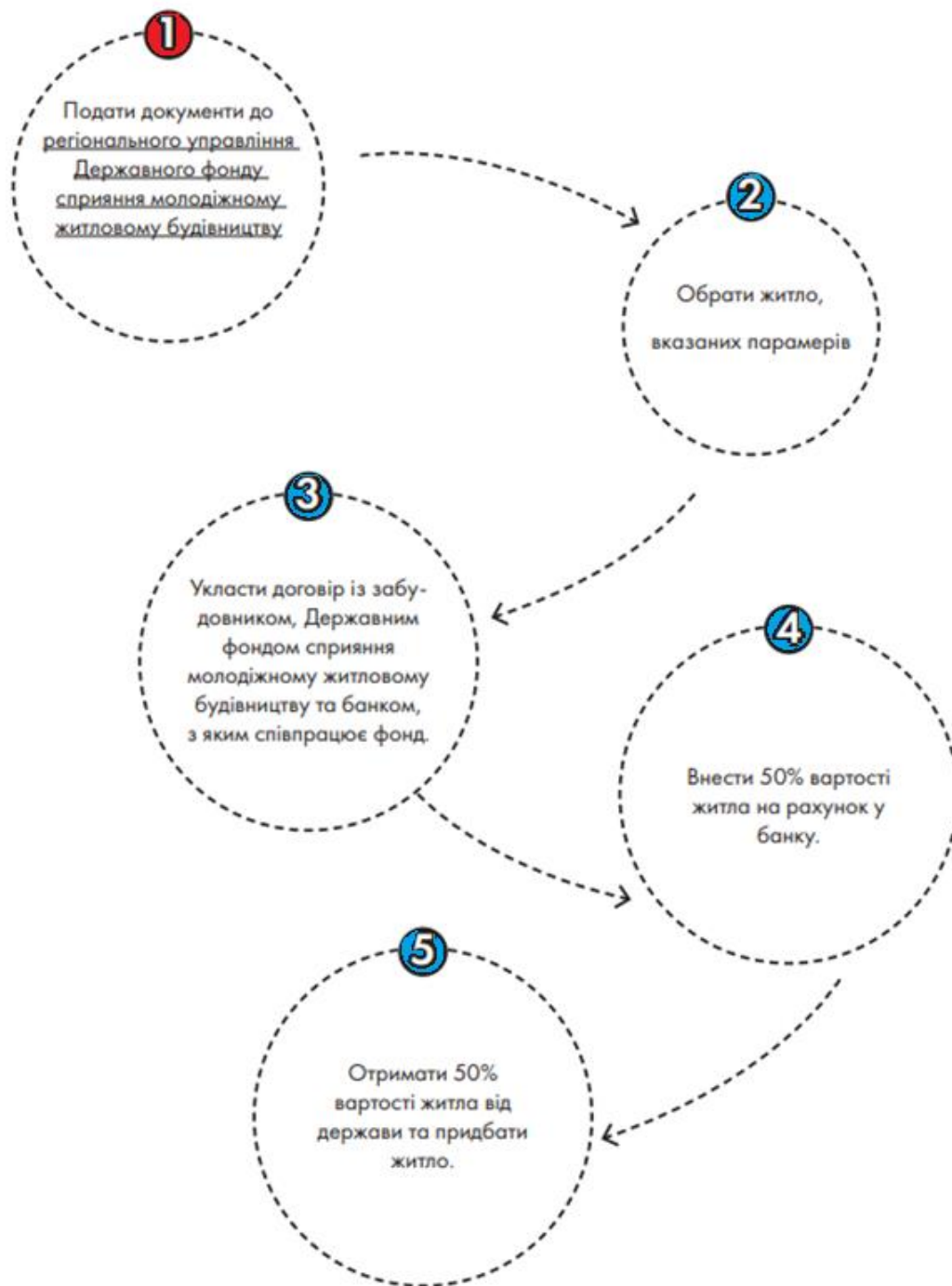
## УВАГА!

ВАЖЛИВА ІНФОРМАЦІЯ!

Обрати житло тільки в зого будівництва, ерджує міжвідомча якої визначає Мінрегіонбуд. Перелік таких об'єктів дізнавайтесь при подачі документів.

*Ви можете обрати житло, яке перевищує максимальну площу і вартість 1 м2, але у такому разі ви будете змушені доплатити за різницю вартості житла самостійно.*

## ПОРЯДОК УЧАСТІ У ПРОГРАМІ





винагороди (відшкодування) підрозділу Фонду за обслуговування коштів, у розмірі, який буде визначений договором про обслуговування коштів для будівництва (придбання) доступного житла, а також надати довідку банку про залишок коштів на поточному рахунку. В разі ненадання у вказаний термін зазначеної довідки прошу в подальшому мою заяву не розглядати.

Цією заявою надаю згоду на надання інформації стосовно надання мені державної підтримки для забезпечення доступним житлом та забезпечення мене доступним житлом відповідному центральному органу виконавчої влади/органу місцевого самоврядування, що веде облік громадян, що потребують поліпшення житлових умов, та іншим органам державної влади у зв'язку із виконанням ними покладених на них законом повноважень.

Додатки:

- довідка про перебування на обліку громадян, що потребують поліпшення житлових умов;
- довідка про склад сім'ї (форма № 3) або витяг з домової книги – на \_\_\_\_ арк.;
- копії паспортів дорослих членів сім'ї – на \_\_\_\_\_ арк.;
- копії довідок про присвоєння ідентифікаційного номера згідно з Державним реєстром фізичних осіб – платників податків та інших обов'язкових платежів/ документа, що засвідчує реєстрацію у Державному реєстрі фізичних осіб - платників податків – на \_\_\_\_ арк.;
- копія свідоцтва про шлюб – на \_\_\_\_\_ арк.;
- копія свідоцтва/копії свідоцтв про народження дитини (дітей) – на \_\_ арк.;
- довідки з місця роботи про займану посаду із зазначенням терміну роботи на посаді працюючих членів сім'ї – на \_\_\_\_ арк.;
- документи, необхідні для визначення середньомісячного грошового доходу на одного члена сім'ї – на \_\_\_\_ арк.

\_\_\_\_\_

*підпис заявника*

\_\_\_\_\_

*ініціали та прізвище заявника*

\_\_\_\_\_

*дата*



Голові \_\_\_\_\_,  
(назва житлово-побутової комісії)

## РАПОРТ (ЗАЯВА)

про зарахування на квартирний облік

Прошу зарахувати мене на квартирний облік \_\_\_\_\_ із  
(найменування органу, установи) сім'єю \_\_\_\_\_ осіб (я, дружина (чоловік), син \_\_\_\_\_  
р.н., дочка \_\_\_\_\_ р. н.), а також включити в списки на \_\_\_\_\_ отримання  
жилого приміщення, як (першочергове, позачергове) \_\_\_\_\_. (категорія  
пільги)

Проживаю з повним (неповним) складом сім'ї по вул. \_\_\_\_\_, буд. №  
\_\_\_\_\_, кв. (кім.) № \_\_\_\_\_, де займаю жилу площу із \_\_\_\_\_ кімнат \_\_\_\_\_ кв. м., власником  
особового рахунку є: \_\_\_\_\_ (прізвище,  
ім'я, по батькові, гуртожиток, піднайом житла)

Зареєстровані: я \_\_\_\_\_, члени родини \_\_\_\_\_.  
(місце реєстрації) (місце реєстрації)

За попереднім місцем служби (роботи) утримую (не утримую) \_\_\_\_\_ (службове,  
постійне) жиле приміщення в м. \_\_\_\_\_, по вул. \_\_\_\_\_, у буд. №  
\_\_\_\_\_, кв. № \_\_\_\_\_ з \_\_\_\_\_ кімнат, жилою площею \_\_\_\_\_ кв. м, у якій залишилися проживати члени  
сім'ї: \_\_\_\_\_. Брав (не брав) участь у приватизації:

(будинку, квартири, розмір приватизованого житла, адреса) Участь членів сім'ї у приватизації:  
\_\_\_\_\_ брав участь у приватизації \_\_\_\_\_

(родинні стосунки) (будинку, квартири, розмір приватизованого житла, адреса) Участь у  
соціальних програмах щодо одержання житла, кредитів на житло:

(брав, не брав)

Члени сім'ї, які разом зі мною зараховуються на квартирний облік

Родинні стосунки

Прізвище, ім'я та по батькові

Рік народження

Підпис повнолітніх членів сім'ї

Дата

Про необхідність щорічного надання до житлово-побутової комісії довідки про реєстрацію та  
склад сім'ї попереджений (на) \_\_\_\_\_

### 3. ПОРЯДОК ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ САНАТОРНО-КУРОРТНИМ ЛІКУВАННЯМ УЧАСНИКІВ АТО



#### Нормативно - правова база:

*Закон України “Про статус ветеранів війни та гарантії їх соціального захисту”, ст. 12, п.3; ст. 13, п.3; ст.14, п.3.*

*Постанова Кабінету Міністрів України від 31.03.2015 № 200 “Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті на забезпечення постраждалих учасників Революції Гідності та учасників антитерористичної операції санаторно-курортним лікуванням”.*

*Постанова Кабінету Міністрів України від 17 червня 2004 року №785 “Про затвердження Порядку виплати грошової компенсації вартості санаторно-курортного лікування деяким категоріям громадян”.*

*Наказ Міністерства соціальної політики України “Про затвердження переліку базових послуг, які входять до вартості путівки” (від 24.05.2017 № 868 зареєстровано Мін’юстом за № 743/30611 від 15.06.2017).*



Учасники бойових дій



Особи з інвалідністю  
внаслідок війни



Учасники війни

мають право на безоплатне забезпечення санаторно-курортним лікуванням або компенсації вартості самостійного санаторно-курортного лікування

#### Путівки надаються тривалістю 18-21 день



Путівки надаються тривалістю 18-21 день, а для осіб з інвалідністю I та II групи із захворюваннями нервової системи (з наслідками травм і захворюваннями хребта та спинного мозку) — відповідно до медичних рекомендацій — 35 днів у санаторіях спінального профілю”.

**Законодавством передбачена можливість учасникам АТО/ООС самостійно обрати санаторій для оздоровлення. Для цього необхідно:**

**Вибрати бажаний санаторій**

**Повідомити управління соцзахисту про обраний санаторій**

Управління соцзахисту перевіряє заклад на відповідність встановленим вимогам.

Між органом соцзахисту, особою та адміністрацією санаторію укладається тристоронній договір про отримання путівки та надання лікування



**Якщо санаторієм надаються неякісні послуги, то особа має право відмовитись від укладання договору з цим санаторієм та обрати собі інший санаторій.**

**Грошова компенсація вартості самостійного санаторно-курортного лікування виплачується особам через два роки після звернення із заявою про виділення путівки або виплату грошової компенсації, якщо вони протягом цього періоду не одержували безоплатної санаторно-курортної путівки.**



**Особи з інвалідністю внаслідок війни мають право на виплату грошової компенсації замість путівки на санаторно-курортне лікування.**

Сума компенсації вартості путівки становить 35 відсотків розміру одного прожиткового мінімуму, щороку встановленого законом на 1 січня відповідного року для осіб, які втратили працездатність.

Особам з інвалідністю I і II групи виплачується 100 відсотків визначеного розміру компенсації, а особам з інвалідністю III групи - 75 відсотків вартості путівки.

## **Порядок забезпечення санаторно-курортним лікуванням Для одержання санаторно-курортного лікування потрібно:**

**1**

Стати на облік в структурному підрозділі з питань соціального захисту населення районних, районних в м. Києві державних адміністрацій, виконавчих органах міських рад для санаторно-курортного лікування.

**2**

Подати документи (особисто або через уповноважену особу) до органу соціального захисту населення за зареєстрованим місцем проживання.

**3**

Працівники органів соціального захисту населення:

- нададуть ґрунтовну консультацію щодо забезпечення санаторно-курортним лікуванням;
- ознайомлять із відповідним переліком санаторно-курортних закладів, які здійснюють лікування;
- видадуть санаторно-курортну путівку.



## Перелік документів

1. **паспорт** (копія та оригінал для огляду);
2. **заява** на видачу путівки;
3. **медична довідка** лікувальної установи за формою № 070/о (надається всіма закладами охорони здоров'я на підставі рішення санаторно-курортної відбіркової комісії або лікарсько-консультаційної комісії (ЛКК) для одержання путівки на санаторно-курортне лікування або оздоровлення до санаторію-профілакторію);
4. **посвідчення** ветерана війни (учасника бойових дій, особи з інвалідністю внаслідок війни, учасника війни) або постраждалого учасника Революції Гідності (копія та оригінал для огляду);
5. **документ**, що підтверджує безпосередню участь (забезпечення проведення) особи в АТО/ООС:
  - довідка про безпосередню участь особи в антитерористичній операції (АТО), забезпеченні її проведення і захисті незалежності, суверенітету та територіальної цілісності України - надають командири військових частин;
  - довідка про участь особи у здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації в Донецькій та Луганській областях (ООС), забезпеченні їх здійснення - надають командири військових частин;
  - витяг з наказу керівника Антитерористичного центру при СБУ або особи, яка його заміщує, першого заступника чи заступника керівника Антитерористичного центру при СБУ, про залучення до проведення антитерористичної операції (АТО) - надає Керівник Антитерористичного центру при СБУ або особа, яка його заміщує;
  - витяг з наказу Генерального штабу Збройних Сил України про залучення до здійснення заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації в Донецькій та Луганській областях (ООС) - надає Генеральний штаб Збройних Сил;
6. учасники бойових дій, особи з інвалідністю внаслідок війни та учасники війни —**військовий квиток** (копія та оригінал для огляду);

## Куди звертатися



до управління соціального захисту населення райдержадміністрації або виконавчого органу міської ради за:

- зареєстрованим місцем проживання;
- фактичним місцем проживання відповідно до довідки про взяття на облік (для осіб, що переселилися з тимчасово окупованої території).



Порядок забезпечення санаторно-курортним лікуванням військовослужбовців, ветеранів війни, ветеранів військової служби, органів внутрішніх справ та деяких категорій осіб і членів їх сімей

Військовослужбовцям Збройних сил та Національної гвардії, органів внутрішніх справ, органів і підрозділів цивільного захисту, Держспецзв'язку, Служби безпеки України путівки надаються за місцем служби відповідно до висновків військово-лікарської комісії.

## Перелік документів



1. заява,
2. медична довідка лікувальної установи за формою 070/о,
3. посвідчення, яке дає право на пільги

Постанова КМУ “Про затвердження Порядку забезпечення санаторно-курортними путівками до санаторно-курортних закладів військовослужбовців, ветеранів війни, ветеранів військової служби, органів внутрішніх справ та деяких категорій осіб і членів їх сімей” від 27 квітня 2011 року № 446.

## ВETERАНИ



військової служби; органів внутрішніх справ; податкової міліції; державної пожежної охорони; служби цивільного захисту; Держспецзв'язку; ветерани війни та особи, на яких поширюється дія Закону України “Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту” та які отримують пенсію відповідно до Закону України “Про пенсійне забезпечення осіб, звільнених з військової служби, та деяких інших осіб” забезпечуються путівками на підставі

1. заяви,
2. медичної довідки лікувальної установи за формою 070/о,
3. посвідчення, яке дає право на пільги,
4. довідки з Пенсійного фонду України про отримання пенсій від органів, з яких вони були звільнені на пенсію.

## Куди звертатися



До державних органів, з яких вони були звільнені на пенсію, а у разі їх ліквідації – до їх правонаступників.

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства соціальної  
політики України  
22 січня 2018 року № 73

Гр. \_\_\_\_\_  
(прізвище та ініціали заявника)  
видати путівку для санаторно-курортного лікування до санаторію / укласти договір про санаторно-курортне лікування із санаторієм

\_\_\_\_\_ (найменування санаторію)  
Керівник (заступник керівника) структурного підрозділу з питань соціального захисту населення районної \_\_\_\_\_ (найменування) (районної у м. Києві) державної адміністрації / виконавчого органу міської \_\_\_\_\_ (найменування) (районної у місті в разі утворення, крім м. Києва) ради \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (підпис, прізвище та ініціали)  
\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ р.

Керівнику структурного підрозділу з питань соціального захисту населення \_\_\_\_\_ районної \_\_\_\_\_ (найменування) (районної у м. Києві) державної адміністрації / виконавчого органу міської \_\_\_\_\_ (найменування) (районної у місті в разі утворення, крім м. Києва) ради

\_\_\_\_\_ (прізвище та ініціали керівника)  
\_\_\_\_\_ (прізвище, ім'я, по батькові заявника)  
Місце проживання \_\_\_\_\_

Номер телефону \_\_\_\_\_  
Статус особи \_\_\_\_\_  
Посвідчення: серія \_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (коли і ким видане)  
Місце роботи (якщо працює) \_\_\_\_\_

### ЗАЯВА про забезпечення санаторно-курортним лікуванням

Прошу взяти мене на облік для забезпечення санаторно-курортним лікуванням шляхом надання санаторно-курортної путівки до санаторію / укладення тристороннього договору із санаторієм (необхідне підкреслити) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (найменування, профіль і місцезнаходження санаторію)

До заяви додаю:

- 1. Медична довідка (форма № 070/о).
- 2. Копія посвідчення, яке підтверджує статус особи.
- 3. Копії 1, 2, 11 сторінок паспорта – для особи, постраждалої від Чорнобильської катастрофи, що належить до категорії 1; копія свідоцтва про народження дитини – для дитини з інвалідністю, інвалідність якої пов'язана з Чорнобильською катастрофою.
- 4. Копія документа, що підтверджує безпосереднє залучення до антитерористичної операції, копія військового квитка – за наявності.
- 5. Копія висновку МСЕК.

6. Довідка з місця роботи про те, що особа не отримувала путівку (для працюючих осіб, крім постраждалих від Чорнобильської катастрофи).

7. Довідка, про те, що громадянин не перебуває на обліку для забезпечення путівкою (для осіб, постраждалих від Чорнобильської катастрофи), видана структурним підрозділом з питань соціального захисту населення районної, районної у м. Києві державної адміністрації/виконавчим органом міської, районної у місті в разі утворення (крім м. Києва) ради за зареєстрованим місцем проживання.

У разі подання особою заяви за місцем проживання, відмінним від зареєстрованого, за необхідності структурний підрозділ з питань соціального захисту населення районної, районної у м. Києві державної адміністрації / виконавчий орган міської, районної у місті в разі утворення (крім м. Києва) ради самостійно робить запит до відповідного структурного підрозділу з питань соціального захисту населення за місцем реєстрації заявника про отримання такої довідки.

Даю згоду на обробку моїх персональних даних для занесення їх до бази персональних даних\*.

\_\_\_\_\_ (дата)

\_\_\_\_\_ (підпис заявника)

\* Обробка персональних даних проводиться відповідно до Закону України „Про захист персональних даних”.

Структурним підрозділом з питань соціального захисту населення районної, районної у м. Києві державної адміністрації / виконавчого органу міської, районної у місті в разі утворення (крім м. Києва) ради мені надано роз’яснення\*\* про умови забезпечення санаторно-курортним лікуванням, зокрема про те, що:

категорично забороняється передача путівки / договору іншій особі або члену сім’ї та поділ путівки на декілька осіб;

вартість послуг за дні запізнення та дострокового від’їзду не відшкодовується;

зворотний талон путівки або інший документ, який підтверджує проходження лікування в санаторії, після повернення необхідно подати до управління соціального захисту населення протягом 5 робочих днів;

до санаторію потрібно прибути із санаторно-курортною картою, путівкою (за наявності), договором (за наявності), паспортом і посвідченням, що дає право на пільги; усі спірні питання розв’язуються згідно з чинним законодавством.

Путівку / договір отримав(ла).

\_\_\_\_\_ (дата)

\_\_\_\_\_ (підпис заявника)

\*\* Роз’яснення надається під час видачі санаторно-курортної путівки / підписання договору.

Заяву та документи на \_\_\_ аркушах прийнято \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.  
та зареєстровано в журналі обліку осіб за № \_\_\_\_\_.

Додатково для розгляду заяви необхідно до \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. подати такі документи: \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

Ознайомився(лась)

\_\_\_\_\_ (підпис, прізвище та ініціали заявника) \_\_\_\_\_ (підпис, прізвище та ініціали уповноваженої особи)

✂------(лінія відрізу)-----

Заяву та документи на \_\_\_ аркушах прийнято \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.  
та зареєстровано в журналі обліку осіб за № \_\_\_\_\_.

Додатково для розгляду заяви необхідно до \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. подати такі документи: \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

Ознайомився(лась)

\_\_\_\_\_ (підпис, прізвище та ініціали заявника) \_\_\_\_\_ (підпис, прізвище та ініціали уповноваженої особи)

**Директор Фінансово-  
економічного департаменту**

**В. Задніпрянець**



## Зразок довідки

ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ Міністерства охорони здоров'я України 14 лютого 2012 року №110

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я

### МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

Форма первинної облікової документації  
№ 070/о

### ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ МОЗ України

Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма

Код за ЄДРПОУ

ДОВІДКА № \_\_\_\_\_

для одержання путівки на санаторно-курортне лікування

Ця довідка не замінює санаторно-курортну карту і не дає пацієнту права на санаторно-курортне або амбулаторно-курортне лікування

1. Видана \_\_\_\_\_  
(прізвище, ім'я, по батькові)

2. Стать: 2.1. Чоловіча 2.2. Жіноча  
(підкреслити)

3. Дата народження \_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік)

4. Місце проживання хворого \_\_\_\_\_

5. Діагноз

5.1. Захворювання, з приводу якого хворий(а) направляється в санаторій

5.2. Основне захворювання або захворювання, яке є причиною інвалідності

5.3. Супутні захворювання

6. Загальні протипоказання для направлення на санаторно-курортне лікування відсутні

7. Рекомендовано:

7.1. Санаторно-курортне лікування в санаторії (санаторії-профілакторії) \_\_\_\_\_ (вказати профіль)

7.2. Амбулаторно-курортне лікування

7.3. Оздоровлення в санаторії-профілакторії

8. Рекомендоване місце лікування:

місцевий санаторій (поза курортом)

курорт(и)

(вказати рекомендовані курорти)

9. Рекомендована пора року: взимку, весною, влітку, восени (підкреслити)

10. Лікуючий лікар \_\_\_\_\_  
(прізвище, ім'я, по батькові) (підпис)

11. Завідувач відділення \_\_\_\_\_  
(прізвище, ім'я, по батькові) (підпис)

12. Голова ЛКК \_\_\_\_\_  
(прізвище, ім'я, по батькові) (підпис)

Довідка дійсна протягом 12 місяців з часу видачі. Довідка подається для одержання путівки на санаторно-курортне лікування. Після одержання путівки необхідно звернутися за санаторно-курортною картою в заклад охорони здоров'я, який видав довідку.

Дата видачі \_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік)

Код за МКХ-10


Лікуючий лікар \_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік)

## 4. ПОРЯДОК ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРОТЕЗУВАННЯМ (ОРТЕЗУВАННЯМ) ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ

### ОСОБИ З ІНВАЛІДНІСТЮ ВНАСЛІДОК ВІЙНИ З ЧИСЛА УЧАСНИКІВ АТО/ООС МАЮТЬ ПРАВО НА:

- безоплатне забезпечення протезуванням (ортезуванням) виробами підвищеної функціональності за технологіями виготовлення, які відсутні в Україні, включаючи витрати на проїзд, проживання, харчування особи з інвалідністю внаслідок війни та супроводжуючої особи;
- оплату витрат на заміну куксоприймача та оплату післягарантійного ремонту протезного виробу;
- безоплатне забезпечення лікувально-тренувальним протезом у разі необхідності, виготовленим вітчизняним виробником, на строк, необхідний для формування кукси (1-12 міс.).

Особа з інвалідністю, що потребує забезпечення двома або більше видами індивідуальних засобів реабілітації, які належать до однієї групи, але через відмінності у функціональності, призначенні та відновленні втрачених функцій органів не є взаємозамінними, забезпечуються кожним видом таких засобів у кількості та на строк, що визначені зазначеним переліком.

Постраждали внаслідок АТО/ООС можуть бути забезпечені двома видами протезів верхніх кінцівок відповідно:

- косметичним та із зовнішнім джерелом енергії (в тому числі підвищеної функціональності за новітніми технологіями);
- з тяговим керуванням/з тяговим керуванням комбінованим та із зовнішнім джерелом енергії (в тому числі підвищеної надійності та функціональності).

### 4.1. ПРОТЕЗУВАННЯ В УКРАЇНІ



#### Нормативно - правова база:

*Закони України “Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту”, “Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні”.*

*Постанова Кабінету Міністрів України від 05.04.2012 № 321, “Про затвердження Порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані технічні засоби реабілітації, переліків таких засобів” (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 14.03.2018 № 238 ).*

*Наказ Мінсоцполітики від 12.04.2018 № 506 “Про затвердження типових форм договорів про забезпечення особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю, іншої особи технічними та іншими засобами реабілітації, надання послуг з їх ремонту”.*

## Куди звертатися



до управління соціального захисту населення райдержадміністрацій та виконавчих органів міської ради за:

- зареєстрованим місцем проживання;
- фактичним місцем проживання відповідно до довідки про взяття на облік (для осіб, що переселилися з тимчасово окупованої території).

Право на першочергове безоплатне забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації мають:



Протезування учасників антитерористичної операції в Україні здійснюється за рахунок коштів державного бюджету та є першочерговим незалежно від встановлення інвалідності на підставі рішень військово-лікарських комісій.

### Види технічних засобів реабілітації:



- протезно-ортопедичні вироби (системи ортезів на хребет, системи ортезів на верхні та нижні кінцівки, системи протезів верхніх та нижніх кінцівок, ортопедичне взуття);



- спеціальні засоби для самообслуговування та догляду (наколінники, налокітники, рукавиці, подушки протипролежневі, крісла-стілці туалетні, сидіння на унітаз, сидіння для ванни та душу, підставки для ванни);



- засоби для пересування (крісла колісні);



- допоміжні засоби для особистої рухомості, переміщення та підйому (палиці, милиці, ходунки);



- меблі та оснащення (столи, меблі для сидіння, ліжка, матраци протипролежневі, перила та поручні, брусся, опори, поручні).



## Перелік документів

1. **Заява;**
2. **Паспорт** та копія документа, у якому зазначено **реєстраційний номер** облікової картки **платника податків;**
3. **Висновок МСЕК** про встановлення інвалідності для осіб з інвалідністю (для дітей з інвалідністю - висновок ЛКК) - у разі коли особа вперше звертається до органів соціального захисту населення або змінюється група і причина інвалідності;
4. **Рішення ВЛК** чи висновок ЛКК (для постраждалих внаслідок антитерористичної операції, яким не встановлено інвалідність);
5. **Витяг з наказу** командира військової частини (начальника територіального підрозділу) **або довідка про обставини травми** (поранення, контузії, каліцтва), видана командиром військової частини (начальником територіального підрозділу), з відомостями про участь в антитерористичній операції (для військовослужбовців (резервістів, військовозобов'язаних) та працівників Збройних Сил, Національної гвардії, Служби безпеки, Служби зовнішньої розвідки, Держприкордонслужби, осіб рядового, начальницького складу, військовослужбовців, Управління державної охорони, Держспецзв'язку, інших утворених відповідно до законів військових формувань, працівників МВС, поліцейських і працівників Національної поліції, яким не встановлено інвалідність);
6. **Довідка з місця роботи** (для працівників підприємств, установ, організацій, які залучалися та брали безпосередню участь в антитерористичній операції в районі її проведення, яким не встановлено інвалідність);
7. **Довідка з місця роботи**, служби або навчання особи з інвалідністю та іншої особи (для осіб, які працюють, служать, навчаються);

*Працівники органів соціального захисту населення надають консультацію щодо забезпечення технічними засобами реабілітації, ознайомлюють з переліком підприємств, які виконують індивідуальні заявки на безкоштовне виготовлення технічних засобів реабілітації та видають направлення на забезпечення необхідними технічним засобом реабілітації.*

*Особа обирає протезно-ортопедичне підприємство, на якому буде проведено протезування (ортезування) або забезпечено необхідним технічним засобом реабілітації. На обраному підприємстві також проводиться огляд та подальший супровід із надання протезно-ортопедичної допомоги.*



**Особи з інвалідністю внаслідок війни користуються правом вибору протезно-ортопедичного підприємства, протезу і його комплектуючих. Пам'ятайте, що у вашій індивідуальній програмі реабілітації повинні бути визначені всі необхідні Вам технічні засоби реабілітації**

## 4.2. ПРОТЕЗУВАННЯ (ОРТЕЗУВАННЯ) ВИРОБАМИ ПІДВИЩЕНОЇ ФУНКЦІОНАЛЬНОСТІ ЗА НОВІТНІМИ ТЕХНОЛОГІЯМИ В УКРАЇНІ



### Нормативно - правова база:

Закони України “Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту”, „Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні”.

Постанова Кабінету Міністрів України від 1 жовтня 2014 року №518 «Деякі питання протезування та ортезування виробами підвищеної функціональності за новітніми технологіями та технологіями, які відсутні в Україні, окремих категорій громадян, які брали участь в антитерористичній операції та/або забезпеченні її проведення і втратили функціональні можливості кінцівки або кінцівок».

Наказ Мінсоцполітики від 12.04.2018 № 506 „Про затвердження типових форм договорів про забезпечення особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю, іншої особи технічними та іншими засобами реабілітації, надання послуг з їх ремонту”.



Ветерани війни користуються першочерговим правом на забезпечення протезами за рахунок державних коштів. Достатньо мати рішення ВЛК, незалежно від встановлення інвалідності

### Куди звертатися



до вітчизняного протезно--ортопедичного підприємства.



### Перелік документів

1. **Заява** встановленого зразка (див додаток);
2. Копія **паспорта**;
3. **Ідентифікаційний код**;
4. **Направлення** на забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації;
5. **Рішення ВЛК** про потребу у протезуванні (ортезуванні).
6. Довідка з місця роботи



### 4.3. ПРОТЕЗУВАННЯ ЗА КОРДОНОМ



#### Нормативно - правова база:

Закони України “Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту”, “Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні”.

Постанова Кабінету Міністрів України від 1 жовтня 2014 року №518 “Деякі питання протезування та ортезування виробами підвищеної функціональності за новітніми технологіями та технологіями, які відсутні в Україні, окремих категорій громадян, які брали участь в антитерористичній операції та/або забезпеченні її проведення і втратили функціональні можливості кінцівки або кінцівок”.

Вартість протезування (ортезування) однієї кінцівки не може перевищувати 900 розмірів прожиткового мінімуму для працездатних осіб, установленого на момент укладення договору протезування. Розмір може бути збільшений до 1800 розмірів прожиткового мінімуму для працездатних осіб.

Вартість заміни приймальної гільзи (куксоприймача) та післягарантійний ремонт протезу не може перевищувати 150 розмірів прожиткового мінімуму для працездатних осіб, який може бути до 300 розмірів прожиткового мінімуму для працездатних осіб.

Сума прожиткового мінімуму на 2018 рік встановлено Законом України “Про Державний бюджет України на 2018 рік” від 07.12.2017 р. N 2246-VIII. з 01.07.2018 по 30.11.2018 у розмірі 1841 грн., з 01.12.2018 по 31.12.2018 у розмірі – 1921 грн. грн.



У разі перевищення вказаної вартості – доплата здійснюється за власний рахунок

#### Куди звертатися

Документи подаються особисто або надсилаються поштою на адресу Фонду соціального захисту інвалідів:  
**вул. Глибочицька, 72, м. Київ, 04050**





## Перелік документів

1. **Заява** встановленого зразка (див додаток);
2. Копія **паспорта та копія ідентифікаційного коду**;
3. **Направлення** на забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації;
4. **Рішення ВЛК** про потребу у протезуванні (ортезуванні);
5. **Витяг з історії хвороби**;
6. **Фото- та відеоматеріали** кукси та наявного об'єму рухів.

**1** Експертна група, утворена при Фонді соціального захисту інвалідів протягом 25 робочих днів розглядає отримані документи

**2** Експертна група Фонду приймає рішення щодо доцільності протезування (ортезування) за кордоном, вибору закордонного надавача послуг і розміру витрат

**3** Фонд укладає із закордонним надавачем послуг і особою (або її законним представником) тристоронній письмовий договір



Протезування за кордоном здійснюється у разі відсутності в Україні спеціалістів, які мають відповідну кваліфікаційну підготовку і позитивний практичний досвід виготовлення протезів.

Протез, виготовлений за кордоном видається на 4,5 року

Для оплати проїзду, проживання та харчування учасника АТО/ООС, який втратив функціональні можливості кінцівок, його супроводжуючої особи (у разі потреби) за кордоном Фонд перераховує кошти на рахунок такого учасника або закордонного надавача допомоги відповідно до умов договору. Для остаточного розрахунку учасник АТО/ООС або його законний представник подає протягом 10 робочих днів після повернення із-за кордону Фонду відповідні підтверджуючі документи

**ЗАТВЕРДЖЕНО**

Наказ Міністерства соціальної політики України

04 липня 2012 року № 400

(у редакції наказу Міністерства соціальної політики України від 28 вересня 2015 року № 963)

\_\_\_\_\_

(повне найменування органу соціального захисту населення)

\_\_\_\_\_

(прізвище, ім'я, по батькові)

Місце проживання \_\_\_\_\_

**ЗАЯВА\***  
**про взяття на облік**

Прошу забезпечити \_\_\_\_\_

(назва виробу)

згідно з висновком МСЕК (ЛКК) та на підставі індивідуальної програми реабілітації / рішення ВЛК (необхідне підкреслити).

Мені роз'яснено, що відповідно до Порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації інвалідів, дітей-інвалідів та інших окремих категорій населення, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 05 квітня 2012 року № 321 (зі змінами), забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації здійснюється через органи соціального захисту населення без права їх продажу, дарування та передачі іншим особам протягом строку, на який видаються такі засоби. Технічні та інші засоби реабілітації, строк експлуатації яких закінчився, поверненню не підлягають.

Я ознайомлений(а) з переліком підприємств, які надають інвалідам послуги із забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації.

Відповідно до пункту 44 Порядку я буду отримувати \_\_\_\_\_ крісло(а) колісне(і).

(одне, два)

Я попереджений(а), що:

можу відмовитися від технічних чи інших засобів реабілітації шляхом подання письмової заяви, і вони в такому разі видаються наступному за списком інваліду, дитині-інваліду, іншій особі, які перебувають на обліку та потребують таких засобів. За відсутності зазначеної заяви складається акт про відмову;

у разі відмови від технічного чи іншого засобу реабілітації мене буде знято з обліку на строк експлуатації відповідного засобу, за винятком таких причин: зміна медичних показань, що підтверджується індивідуальною програмою, висновком МСЕК або ЛКК, рішенням ВЛК, у період між поданням заяви та фактичним виготовленням засобу реабілітації;

у разі отримання мною неякісного технічного засобу реабілітації або такого, що не відповідає вимогам, зазначеним у заяві, спеціаліст органу соціального захисту населення або сервісного центру складає акт про непридатність до експлуатації або неналежну якість відповідного засобу. Такий засіб повертається підприємству, що здійснило його поставку, а мені позачергово видається інший за рахунок коштів підприємства;



у разі моєї відсутності за місцем проживання, зазначеним у заяві, спеціалісти органу соціального захисту населення та сервісного центру складають акт про мою відсутність за місцем проживання, копія якого надсилається мені рекомендованим листом із повідомленням. Якщо протягом 30 днів з дати відправлення акта органом соціального захисту населення я не отримав(ла) технічний засіб реабілітації та не надав(ла) з поважних причин документ, що підтверджує мою відсутність за місцем проживання (перебування в закладах охорони здоров'я, реабілітаційному центрі тощо), технічний засіб реабілітації може бути виданий наступному за списком інваліду, постраждалому внаслідок антитерористичної операції, дитині-інваліду, які перебувають на обліку та потребують такого засобу;

після надання мною до органу соціального захисту населення заяви про повторне виготовлення мені технічного засобу реабілітації та вищезазначеного підтвердного документа такий засіб буде видано мені позачергово, а в разі відсутності такого документа – у порядку черговості;

подання мною документів, які містять свідомо неправдиві дані, є підставою для відмови мені у взятті на облік;

у разі відсутності потреби в засобі реабілітації я та члени моєї родини зобов'язані повернути виданий мені безоплатно засіб реабілітації, строк експлуатації якого не закінчився, органу соціального захисту населення або сервісному центру в повному комплекті.

Я даю згоду на використання моїх (та/або особи, інтереси якої я представляю) персональних даних, що будуть внесені до Централізованого банку даних з проблем інвалідності з метою забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації.

Документи, що додаються до заяви, передбачені Порядком забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації інвалідів, дітей-інвалідів та інших окремих категорій населення, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 05 квітня 2012 року № 321 (зі змінами).

Заяву та документи на ___ аркушах прийнято _____ 20__ р. та зареєстровано за № _____	
Додатково для розгляду заяви необхідно до _____ 20__ р. додати такі документи: _____	
_____ (підпис, прізвище та ініціали відповідальної особи)	/ _____ / Ознайомився(лась) _____ (підпис заявника / законного представника / уповноваженої особи)
✂----- (лінія відрізу) -----	
Заяву та документи на ___ аркушах прийнято _____ 20__ р. та зареєстровано за № _____.	
Додатково для розгляду заяви необхідно до _____ 20__ р. додати такі документи: _____	
_____ (підпис, прізвище та ініціали відповідальної особи)	/ _____ / Ознайомився(лась) _____ (підпис заявника / законного представника / уповноваженої особи)

\* Обробка персональних даних здійснюється відповідно до Закону України „Про захист персональних даних”.

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Мінсоцполітики

04 липня 2012 року № 400

(у редакції наказу Мінсоцполітики України  
від 14 жовтня 2014 року № 765)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(повне найменування органу соціального захисту населення)

\_\_\_\_\_

(прізвище, ім'я, по батькові)

місце проживання: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### ЗАЯВА

#### про заміну технічного та іншого засобу реабілітації після закінчення строку його експлуатації або у разі дострокової заміни

Прошу здійснити заміну \_\_\_\_\_  
(найменування виробу)

До заяви додаються документи, передбачені Порядком забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації інвалідів, дітей-інвалідів та інших окремих категорій населення, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 05 квітня 2012 року № 321 (зі змінами).

Заяву та документи на ___ аркушах прийнято „_____” _____ 20__ р. та зареєстровано за № _____.	
Додатково для розгляду заяви необхідно додати до „_____” _____ 20__ р. такі документи: _____	
_____/_____/ „Ознайомився(лась)” _____ (підпис та прізвище відповідальної особи)	_____/_____/ „Ознайомився(лась)” _____ (підпис заявника, законного представника, уповноваженої особи)
✂------(лінія відрізу)-----	
Заяву та документи на ___ аркушах прийнято „_____” _____ 20__ р. та зареєстровано за № _____.	
Додатково для розгляду заяви необхідно додати до „_____” _____ 20__ р. такі документи: _____	
_____/_____/ „Ознайомився(лась)” _____ (підпис та прізвище відповідальної особи)	_____/_____/ „Ознайомився(лась)” _____ (підпис заявника, законного представника, уповноваженої особи)

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ Мінсоцполітики  
04 липня 2012 року № 400  
(у редакції наказу Міністерства  
соціальної політики України  
від 14 жовтня 2014 року № 765)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(повне найменування органу соціального захисту населення,  
підприємства, сервісного центру)

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

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

**ЗАЯВА\***  
**про дозвіл на отримання технічного засобу реабілітації уповноваженою**  
**особою**

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

паспорт: серія \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, виданий \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(ким, дата)

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

прошу видати виготовлений для мене засіб реабілітації \_\_\_\_\_  
(найменування виробу)

уповноваженій мною особі \_\_\_\_\_,  
(прізвище, ім'я, по батькові)

паспорт: серія \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, виданий \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(ким, дата)

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

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(підпис, прізвище та ініціали)

Я, \_\_\_\_\_,  
(прізвище, ім'я, по батькові уповноваженої особи)

згоден(на) отримати засіб реабілітації \_\_\_\_\_  
(найменування виробу)

для передачі його \_\_\_\_\_  
(прізвище, ім'я, по батькові)

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(підпис, прізвище та ініціали)

Засіб реабілітації видано „____” _____ 20__ р. на підставі акта під № ____.	
_____ (підпис та прізвище відповідальної особи)	_____ „Отримав(ла)” (підпис уповноваженої особи)
✂----- (лінія відрізу) -----	
Засіб реабілітації видано „____” _____ 20__ р. на підставі акта під № ____	
_____ (підпис та прізвище відповідальної особи)	_____ „Отримав(ла)” (підпис уповноваженої особи)

\* Обробка персональних даних здійснюється відповідно до Закону України „Про захист персональних даних”.

{Форма в редакції Наказу Міністерства соціальної політики № 765 від 14.10.2014}

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ Мінсоцполітики  
04 липня 2012 року № 400  
(у редакції наказу Міністерства  
соціальної політики України  
від 14 жовтня 2014 року № 765)

**НАПРАВЛЕННЯ\* № \_\_\_\_\_**  
**на забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації<sup>1</sup>**

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

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

паспорт (свідоцтво про народження для дітей до 16 років):  
серія \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, виданий \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ (ким, дата)

для забезпечення \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ (назва засобу реабілітації)

Строк дії направлення \_\_\_\_\_  
(зазначається строк дії направлення: довічно або із зазначенням конкретної дати)

Керівник \_\_\_\_\_ (підпис) \_\_\_\_\_ (прізвище та ініціали керівника)  
М. П. \_\_\_\_\_

✂----- (лінія відрізу) -----  
Направлення<sup>2</sup> від \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ на  
забезпечення \_\_\_\_\_,  
(назва засобу реабілітації)

видане \_\_\_\_\_,  
(прізвище, ім'я, по батькові відповідальної особи, що видала направлення)

отримане \_\_\_\_\_  
(прізвище, ім'я, по батькові одержувача направлення)

Строк дії направлення \_\_\_\_\_  
(зазначається строк дії направлення: довічно або із зазначенням конкретної дати)

\_\_\_\_\_ „Отримав(ла)” \_\_\_\_\_  
(прізвище та підпис відповідальної особи) підпис одержувача направлення

\* Обробка персональних даних здійснюється відповідно до Закону України „Про захист персональних даних”.

Додаток 1

<sup>1</sup> Направлення видається на бланку органу соціального захисту населення, де зазначається його місцезнаходження та телефон, дата та номер листа.

<sup>2</sup> Частина направлення після „лінії відрізу” залишається в особовій справі інваліда чи іншої особи, яка має право на забезпечення протезними виробами відповідно до законодавства.

## Додаток 1

до Положення про експертну групу з розгляду документів щодо протезування та/або ортезування учасників антитерористичної операції, які втратили функціональні можливості кінцівок (пункт 5)

Директору Фонду соціального захисту інвалідів

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

місце проживання (перебування): \_\_\_\_\_

тел.: \_\_\_\_\_

## ЗАЯВА

Я, \_\_\_\_\_,  
(П.І.Б. учасника антитерористичної операції або П. І. Б. його законного представника)

учасник (законний представник учасника) антитерористичної операції, який втратив функціональні можливості кінцівки (кінцівок), прошу розглянути на засіданні експертної групи при Фонді соціального захисту інвалідів (далі – Фонд) питання доцільності протезування та/або ортезування за кордоном

\_\_\_\_\_  
(вказати кінцівки, функціональні можливості яких втрачено)

відповідно до висновку військово-лікарської комісії про потребу у протезуванні та/або ортезуванні та на підставі направлення на забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації від \_\_\_\_\_ 20\_\_ року №\_\_.

Потребую (не потребує) допомоги супроводжуючої особи.  
(необхідне підкреслити)

Мені повідомлено, що відповідно до Порядку протезування та ортезування виробами підвищеної функціональності за новітніми технологіями та технологіями виготовлення, які відсутні в Україні, для окремих категорій громадян, які брали участь в антитерористичній операції та/або у забезпеченні її проведення і втратили функціональні можливості кінцівки або кінцівок, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 01 жовтня 2014 року № 518, право на отримання допомоги на протезування та/або ортезування за кордоном може бути використане мною (учасником антитерористичної операції) лише один раз.

Мені надано роз'яснення стосовно обмежень державного фінансування вартості протезування та/або ортезування за кордоном, а також, що в разі

перевищення зазначеної вартості доплату різниці за протезування та/або ортезування можна здійснити за рахунок власних коштів або інших не заборонених законодавством джерел фінансування шляхом перерахування відповідних коштів на спеціалізований рахунок Фонду, відкритий у державному банку або Державній казначейській службі України, для подальшого перерахування цих коштів закордонному надавачеві послуг.

Я зобов'язуюсь надати Фонду протягом 10 робочих днів після повернення з-за кордону підтвердні документи для остаточного розрахунку.

Мене попереджено про відповідальність за подання документів, які містять завідомо неправдиві дані.

Я надаю згоду на обробку моїх персональних даних відповідно до вимог Закону України „Про захист персональних даних”.

Мені повідомлено про права, визначені вищевказаним Законом, мету збору персональних даних та подальше їх використання.

\_\_\_\_\_ (дата)

\_\_\_\_\_ (підпис заявника (та/або законного представника))

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

Додатково для розгляду заяви необхідно подати до \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. такі документи: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ „Ознайомився(лась)” \_\_\_\_\_  
(підпис та прізвище відповідальної особи) (підпис заявника, законного представника)

✂----- (лінія відрізу)-----

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

Додатково для розгляду заяви необхідно подати до \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. такі документи: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ „Ознайомився(лась)” \_\_\_\_\_  
(підпис та прізвище відповідальної особи) (підпис заявника (та/або законного представника))

**Директор Департаменту  
соціального захисту інвалідів**

**О. Полякова**

## Додаток 2

до Положення про експертну групу з розгляду документів щодо протезування та/або ортезування учасників антитерористичної операції, які втратили функціональні можливості кінцівок (пункт 6)

Директору Фонду соціального захисту інвалідів

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

місце проживання (перебування): \_\_\_\_\_

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

тел.: \_\_\_\_\_

## ЗАЯВА

Я, \_\_\_\_\_,  
(П.І.Б. учасника антитерористичної операції або П. І. Б. його законного представника)

учасник (законний представник учасника) антитерористичної операції, який втратив функціональні можливості кінцівки (кінцівок), прошу розглянути на засіданні експертної групи при Фонді соціального захисту інвалідів (далі – Фонд) питання щодо заміни приймальної гільзи (куксоприймача) / здійснення післягарантійного ремонту протезно-ортопедичного виробу

\_\_\_\_\_ (вказати протезний виріб, яким забезпечено учасника антитерористичної операції)

Мені надано роз'яснення стосовно обмежень державного фінансування вартості заміни приймальної гільзи (куксоприймача) / післягарантійного ремонту протезно-ортопедичного виробу підвищеної функціональності за технологіями виготовлення, які відсутні в Україні, а також, що в разі перевищення зазначеної вартості доплату різниці за протезування та/або ортезування можна здійснити за рахунок власних коштів або інших не заборонених законодавством джерел фінансування шляхом перерахування відповідних коштів на спеціалізований рахунок Фонду, відкритий у державному банку або Державній казначейській службі України, для подальшого перерахування цих коштів закордонному надавачеві послуг.

Мене попереджено про відповідальність за подання документів, які містять завідомо неправдиві дані.

Я надаю згоду на обробку моїх персональних даних відповідно до вимог Закону України „Про захист персональних даних”.



Мені повідомлено про права, визначені вищевказаним Законом, мету збору персональних даних та подальше їх використання.

\_\_\_\_\_ (дата)

\_\_\_\_\_ (підпис заявника (та/або законного представника))

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

Додатково для розгляду заяви необхідно подати до \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. такі документи: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ „Ознайомився(лась)” \_\_\_\_\_  
(підпис та прізвище відповідальної особи) (підпис заявника, законного представника)

✂----- (лінія відрізу)-----

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

Додатково для розгляду заяви необхідно подати до \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. такі документи: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ „Ознайомився(лась)” \_\_\_\_\_  
(підпис та прізвище відповідальної особи) (підпис заявника (та/або законного представника))

**Директор Департаменту  
соціального захисту інвалідів**

**О. Полякова**

## 5. ПОСЛУГИ З ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ



### Нормативно - правова база:

*Закон України “Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей”, ст. 11.*

*Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017.*

*№ 1057 “Про затвердження Порядку проведення психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції та постраждалих учасників Революції Гідності”.*

*Постанова Кабінету Міністрів України від 12.07.2017 № 497 “Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для здійснення заходів із психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції та постраждалих учасників Революції Гідності”.*

*Постанова Кабінету Міністрів України від 23.08.2016 № 528 “Про затвердження Порядку виплати грошової компенсації вартості проїзду учасників антитерористичної операції та постраждалих учасників Революції Гідності до суб’єктів надання послуг для проходження психологічної реабілітації та назад”.*

*Накази Мінсоцполітики:*

*- від 26.04.2018 № 591 “Про встановлення граничної вартості послуг із психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції та постраждалих учасників Революції Гідності у 2018 році”;*

*- від 27.04.2018 № 597 “Про затвердження Вимог до суб’єктів надання послуг із психологічної реабілітації та форми акта наданих послуг із психологічної реабілітації за рахунок бюджетних коштів”;*

*- від 27.04.2018 № 598 “Про затвердження примірною договору про надання послуг із психологічної реабілітації”;*

*- від 01.06.2018 № 810 “Про затвердження Стандарту психологічної діагностики та форм документів з організації психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції та постраждалих учасників Революції Гідності”.*

Послуги із психологічної реабілітації надаються відповідно до індивідуального плану психологічної реабілітації отримувача послуг. Строки надання послуг із психологічної реабілітації визначаються індивідуально для кожного отримувача послуг з урахуванням його потреб. Проходження реабілітації у стаціонарних умовах не може перевищувати **18** днів, в амбулаторних умовах – не перевищує **40** годин.



Законодавством передбачена можливість учасникам АТО/ООС **самостійно обрати** заклад для проведення психологічної реабілітації. Між органом соціального захисту, особою та закладом з надання послуги укладається тристоронній договір.

### Основні завдання послуги



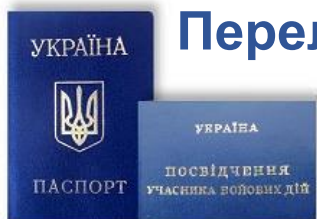
- діагностика та нормалізація психічних функцій;
- відновлення порушених психічних функцій;
- корекція особистості для забезпечення ефективного функціонування в соціумі;
- надання допомоги в установленні конструктивних відносин у сім'ї та суспільстві;
- відновлення адаптивних механізмів до екстремальних дій;
- опанування методів саморегуляції та керування стресом;
- запобігання психологічному травмуванню та психічним розладам;
- проведення психопрофілактичної та психокорекційної роботи із сім'єю ветерана;
- формування позитивних реакцій, мотивацій, соціальних установок на життя та професійну діяльність

## Куди звертатися



до управління соціального захисту населення райдержадміністрацій та виконавчих органів міської ради за:

- зареєстрованим місцем проживання;
- фактичним місцем проживання відповідно до довідки про взяття на облік (для осіб, що переселилися з тимчасово окупованої території).



## Перелік документів

- 1) **заява** довільної форми до органу соціального захисту населення за місцем реєстрації або за місцем фактичного проживання (перебування);
- 2) **посвідчення** учасника бойових дій, або особи з інвалідністю внаслідок війни, або учасника війни;
- 3) **документ**, що підтверджує безпосередню участь в антитерористичній операції або забезпеченні її проведення з безпосереднім перебуванням в районах антитерористичної операції у період її проведення;
- 4) **паспорт** громадянина України.

(найменування і місцезнаходження суб'єкта надання послуг)

**НАПРАВЛЕННЯ**  
**на отримання послуг із психологічної реабілітації**

(найменування замовника послуг)

Направляється для отримання послуг із психологічної реабілітації

(прізвище, ім'я, по батькові отримувача послуги)

до суб'єкта надання послуг \_\_\_\_\_

(повне найменування суб'єкта надання послуг)

Узгоджена дата прибуття до суб'єкта надання послуг \_\_\_\_ 20\_\_ року.

\_\_\_\_\_ ознайомлений (ознайомлена) про те, що послуги із  
(прізвище та ініціали отримувача послуг)

психологічної реабілітації надаються за бюджетні кошти відповідно до Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для здійснення заходів із психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції та постраждалих учасників Революції Гідності, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 12 липня 2017 р. № 497.

(найменування посади особи,  
яка видала направлення)

(підпис)

(прізвище та ініціали)

МП

(у разі наявності)

\_\_\_\_\_ 20\_\_ року

-----  
(лінія відрізу)

**Відмітка**  
**про отримання послуг із психологічної реабілітації**

(надсилається до замовника послуг у п'ятиденний строк з дня завершення отримання послуг)

За направленням \_\_\_\_\_

(найменування замовника послуг)

(прізвище, ім'я, по батькові отримувача послуг)

отримав (отримала) послуги із психологічної реабілітації \_\_\_\_\_

(найменування

суб'єкта надання послуг)

Строк реабілітації: з \_\_\_\_ 20\_\_ р. до \_\_\_\_ 20\_\_ року.

Керівник \_\_\_\_\_

(найменування суб'єкта надання послуг)

(підпис)

(прізвище та ініціали)

МП

(у разі наявності)

\_\_\_\_\_ 20\_\_ року

{Додаток 3 із змінами, внесеними згідно з Постановою КМ № 239 від 04.04.2018

## 6. Професійна адаптація

### Нормативно - правова база:



Закони України “Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту” (статті 6, 7 та 9); “Про освіту”; “Про вищу освіту”; “Про професійно-технічну освіту”; “Про зайнятість населення”; “Про професійний розвиток працівників”.

Постанова Кабінету Міністрів України від 21.06.2017 № 432 “Про затвердження Порядку організації соціальної та професійної адаптації учасників антитерористичної операції та постраждалих учасників Революції Гідності”.

Постанова Кабінету Міністрів України від 31.03.2015 № 179 “Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для здійснення заходів із соціальної та професійної адаптації учасників антитерористичної операції та постраждалих учасників Революції Гідності”.

### Куди звертатися



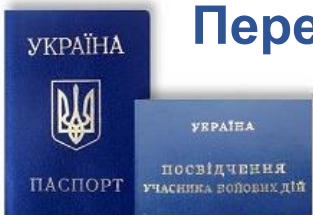
до управління соціального захисту населення райдержадміністрацій та виконавчих органів міської ради за:

- зареєстрованим місцем проживання;
- фактичним місцем проживання відповідно до довідки про взяття на облік (для осіб, що переселилися з тимчасово окупованої території).

## АЛГОРИТМ ОТРИМАННЯ ПОСЛУГИ

1 крок

Подача документів до найближчого органу соціального захисту населення.



### Перелік документів

- 1) заява (див. зразок);
- 2) копія посвідчення учасника бойових дій, або особи з інвалідністю внаслідок війни, або учасника війни;
- 3) документ, що підтверджує безпосередню участь в антитерористичній операції або забезпеченні її проведення з безпосереднім перебуванням в районах антитерористичної операції у період її проведення;
- 4) паспорт громадянина України.

## 2 крок

Отримання направлення (див. зразок) до центру зайнятості або іншої установи на професійну орієнтацію.

За результатами професійної орієнтації отримуємо висновки, які подаємо до органу соціального захисту населення.

Професійна орієнтація:

1. Професійне інформування людини щодо можливого застосування своїх компетентностей або їх удосконалення ;
2. Можливе визначення підходящої професії чи спеціальності;
3. Розвиток у людини позитивного ставлення до професії.

## 3 крок

Отримання направлення на проходження професійного навчання з урахуванням висновків професійної орієнтації (див. зразок).



Послуги з професійного навчання надаються **одноразово**.

За результатами навчання можливо отримати документи державного зразка:



Свідоцтво про закінчення закладу з підготовки, перепідготовки і підвищення кваліфікації водіїв, свідоцтво про присвоєння або документ про підвищення робітничої кваліфікації, диплом про освіту.



Особи з інвалідністю в наслідок війни можуть отримати комплекс послуг із психологічної та професійної адаптації, а також стосовно працевлаштування у Всеукраїнському центрі комплексної реабілітації осіб з інвалідністю, який знаходиться у Київській області за адресою:

07352, Київська обл., Вишгородський р-н, с. Лютіж, урочище «Туровча лісова-2»; тел.: (04596) 40011; e-mail: [vcpri@ukr.net](mailto:vcpri@ukr.net).

Додаток 1

(найменування посади керівника структурного підрозділу з питань соціального захисту населення районної, районної у м.м. Києві та Севастополі держадміністрації, виконавчого органу міської, районної у місті (у разі її утворення) ради)

\_\_\_\_\_ (ініціали та прізвище)

\_\_\_\_\_ (прізвище, ім'я, по батькові учасника антитерористичної операції, постраждалого учасника Революції Гідності)

\_\_\_\_\_ (місце проживання, номер посвідчення)

## **ЗАЯВА**

### **про надання послуг із соціальної та професійної адаптації**

Прошу направити мене до \_\_\_\_\_

(найменування підприємства,

\_\_\_\_\_ установи, організації)

для проходження професійного навчання за \_\_\_\_\_

(назва професії,

\_\_\_\_\_ спеціальності, спеціалізації)

Додаток.

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 20\_\_ року

\_\_\_\_\_ (підпис заявника)

Я,

\_\_\_\_\_ (прізвище, ім'я, по батькові), даю згоду на

використання та обробку персональних даних за умови забезпечення їх захисту відповідно до вимог Закону України "Про захист персональних даних" та на проходження професійної орієнтації.

\_\_\_\_\_ (підпис)

\_\_\_\_\_ 20\_\_ року

-----  
(відривний корінець)

Заяву та документи на \_\_\_\_\_ аркушах прийнято \_\_\_\_\_ 20\_\_ року.

\_\_\_\_\_ (підпис)

\_\_\_\_\_ (ініціали та прізвище відповідальної особи)

МП

{Додаток 1 із змінами, внесеними згідно з Постановою КМ № 239 від 04.04.2018}

**НАПРАВЛЕННЯ**  
**на професійну орієнтацію щодо вибору напрямку професійного**  
**навчання**

до \_\_\_\_\_

(найменування обласного, Київського міського, міського, районного і міськрайонного центру зайнятості або іншої установи, яка проводитиме професійну орієнтацію)

Прізвище, ім'я, по батькові учасника антитерористичної операції, постраждалого учасника Революції Гідності \_\_\_\_\_

Освіта \_\_\_\_\_

(рівень (ступінь) освіти (повна (базова) загальна середня,

професійно-технічна, вища)

Професія, спеціальність \_\_\_\_\_

(назва професії, спеціальності, навчальної програми)

Відомості щодо зайнятості \_\_\_\_\_

(зайнятий, не зайнятий трудовою діяльністю, безробітний, особа з інвалідністю та інші категорії)

Мета надання професійної орієнтації \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (найменування посади особи, яка видала направлення)

\_\_\_\_\_ (підпис)

\_\_\_\_\_ (ініціали та прізвище)

МП

20\_\_ року

-----  
(лінія відрізу)

Відмітка про проведення професійної орієнтації (повертається до органу соціального захисту населення, який видав направлення)

\_\_\_\_\_ (найменування обласного, Київського міського, міського, районного і міськрайонного центру зайнятості або іншої установи, яка проводила професійну орієнтацію)

За результатами рекомендовано \_\_\_\_\_

(прізвище та ініціали учасника антитерористичної операції,

\_\_\_\_\_ постраждалого учасника Революції Гідності)

професія \_\_\_\_\_

або

спеціальність \_\_\_\_\_

Додаткові рекомендації \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (найменування посади особи, яка проводила професійну орієнтацію)

\_\_\_\_\_ (підпис)

\_\_\_\_\_ (ініціали та прізвище)

МП

\_\_\_\_\_ 20\_\_ року



## НАПРАВЛЕННЯ на професійне навчання

(найменування і місцезнаходження підприємства, установи, організації)

Відповідно до договору від \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. № \_\_\_\_\_

(найменування структурного підрозділу з питань соціального захисту населення районної, районної у м. Києві та Севастополі держадміністрації, виконавчого органу міської, районної у місті (у разі її утворення) ради)

направляє на професійне навчання \_\_\_\_\_  
(прізвище, ім'я, по батькові учасника антитерористичної операції,

постраждалого учасника Революції Гідності)

для \_\_\_\_\_  
(професійної підготовки, перепідготовки, підвищення кваліфікації, стажування)

за професією, спеціальністю, навчальною програмою \_\_\_\_\_

на строк \_\_\_\_\_ місяців.

Прибуття до підприємства, установи, організації \_\_\_\_\_ 20\_\_ року.

(найменування посади особи, яка видала направлення) (підпис) (ініціали та прізвище)  
МП \_\_\_\_\_ 20\_\_ року

-----  
(лінія відрізу)

Відмітка про прийняття на професійне навчання (повертається у п'ятиденний строк органу соціального захисту населення, що направив учасника антитерористичної операції, постраждалого учасника Революції Гідності на професійне навчання)

За направленням \_\_\_\_\_

(найменування структурного підрозділу з питань соціального захисту населення районної, районної у м. Києві та Севастополі держадміністрації, виконавчого органу міської, районної у місті (у разі її утворення) ради)

наказом від \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. № \_\_\_\_\_

(прізвище, ім'я, по батькові учасника антитерористичної операції, постраждалого учасника Революції Гідності на професійне навчання)

зараховано до складу навчальної групи № \_\_\_\_\_

Строк навчання з \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. до \_\_\_\_\_ 20\_\_ року.

(найменування посади особи, яка прийняла направлення) (підпис) (ініціали та прізвище)  
МП \_\_\_\_\_ 20\_\_ року

{Додаток 4 із змінами, внесеними згідно з Постановою КМ № 239 від 04.04.2018}

## 7. Медичне забезпечення



### Нормативно - правова база:

Закони України “Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту” (п. 1, 2, 8, 9, 10 ст. 12, 13, 15).

Постанова Кабінету Міністрів України від 17. 08. 1998 № 1303 “Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань”.

Постанова Кабінету Міністрів України від 25.03.2009 р. № 333 “Деякі питання державного регулювання цін на лікарські засоби і виробу медичного призначення”.

Постанова Кабінету Міністрів України від 05.09.1996 р № 1071 “Про порядок закупівлі лікарських засобів закладами та установами охорони здоров'я, що фінансуються з бюджету”.

### Безкоштовне зубопротезування



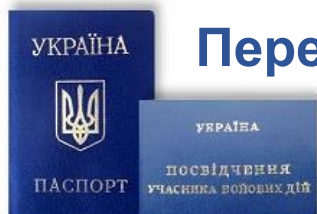
До обсягу безоплатної ортопедичної стоматологічної допомоги входить протезування зубними апаратами та протезами, що виготовляються зі сталі, хромо-кобальтових сплавів та пластмаси. У разі використання в зубному протезуванні дорогоцінних металів, гальванопластики та фарфору пацієнти з числа ветеранів війни оплачують тільки вартість таких матеріалів. Зубопротезування фінансується з місцевих бюджетів.

### Куди звертатися



До державного медичного закладу (приватні стоматологічні клініки не надають безоплатного зубопротезування).

В разі відмови у наданні пільги слід звертатися до територіальних структурних підрозділів з питань охорони здоров'я за місцем проживання (обласних, районних, міських) та до управління соціального захисту населення райдержадміністрацій або виконавчих органів міської ради.



### Перелік документів

копія **посвідчення** учасника бойових дій, або особи з інвалідністю внаслідок війни, або учасника війни.

Більшість закладів охорони здоров'я веде журнал обліку учасників АТО, які потребують безоплатного зубопротезування. При досягненні черги спеціаліст головного розпорядника повідомляє пільговика про необхідність звернення до управління соціального захисту населення за направленням на пільгове зубопротезування.

## Безплатне одержання ліків, лікарських засобів, імунобіологічних препаратів та виробів медичного призначення за рецептами лікарів.



Безкоштовні ліки, лікарські засоби можна отримати в аптеках, при медичному закладі, лікар якого видав рецепт на лікування таких захворювань: онкологічні захворювання, гематологічні захворювання, діабет (цукровий і нецукровий), ревматизм, ревматоїдний артрит, пухирчатка, системний гострий вовчак, системні, хронічні, тяжкі захворювання шкіри, сифіліс, лепра, туберкульоз, Аддісонова хвороба, гепатоцеребральна дистрофія,

фенілкетонурія, шизофренія та епілепсія, психічні захворювання, (інвалідам I та II груп, а також хворим, які працюють в лікувально-виробничих майстернях психоневрологічних і психіатричних закладів), стан після операції протезування клапанів серця, гостра переміжна порфірія, муковісцидоз, тяжкі форми бруцельозу, дизентерія, гіпофізарний нанізм, стан після пересадки органів і тканин, бронхіальна астма, хвороба Бехтерева, міостенія, міопатія, мозочкова атаксія Марі, хвороба Паркінсона, інфаркт міокарда (перші шість місяців), дитячий церебральний параліч, СНІД, ВІЛ-інфекція, післяопераційний гіпотиреоз, у тому числі з приводу раку щитовидної залози, гіпаратиреоз, вроджена дисфункція кори, наднирників.

### Куди звертатися



До аптеки, при медичному закладі, лікар якого видав рецепт на лікування. Аптеки можуть закуповувати і відповідно безкоштовно видавати ліки та лікарські засоби, які є у Національному переліку основних лікарських засобів затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 березня 2009 р. № 333 «Деякі питання державного регулювання цін на лікарські засоби і вироби медичного призначення»



### Перелік документів

- 1) **рецепт лікаря;**
- 2) копія **посвідчення** учасника бойових дій, або особи з інвалідністю внаслідок війни, або учасника війни.

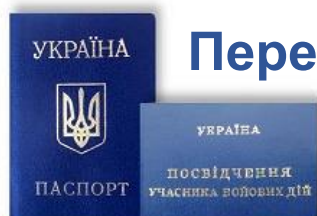
### ІНШІ ПІЛЬГИ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

- Щорічне медичне обстеження і диспансеризація.
- Користування при виході на пенсію поліклініками та госпіталями, в тому числі військовими госпіталями та госпіталями ветеранів війни.
- Першочергове обслуговування в лікувально-профілактичних закладах, аптеках та першочергова госпіталізація.

### Куди звертатися



До державного медичного закладу



### Перелік документів

копія **посвідчення** учасника бойових дій, або особи з інвалідністю внаслідок війни, або учасника війни.

## 8. ТРУДОВІ ПІЛЬГИ



### Нормативно - правова база:

Кодекс законів про працю України ст. 42.

Закон України “Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту” (п.11 ст. 12, 13, 15).

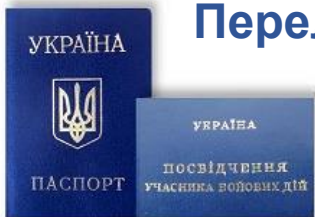
Закон України “Про відпустки” ст. 10.

Закон України “Про загальнообов’язкове державне соціальне страхування”.

Закон України “Про пенсійне забезпечення осіб, звільнених з військової служби та деяких інших осіб”.

### Збереження місця роботи під час мобілізації

За працівниками які призвані на строкову військову службу, військову службу за призовом під час мобілізації, на особливий період або прийнятих на військову службу за контрактом у разі виникнення кризової ситуації, що загрожує національній безпеці, оголошення рішення про проведення мобілізації та (або) введення воєнного стану **зберігаються місце роботи, посада й компенсується з бюджету середній заробіток** на підприємстві, в установі, організації, у яких вони працювали на час призову, незалежно від підпорядкування та форми власності, **на строк до закінчення особливого періоду або до дня фактичної демобілізації**.



### Перелік документів

- 1) **заява** до керівника підприємства, установи, організації;
- 2) копія повістки, копія контракту, чи повідомлення з військкомату про укладання контракту.

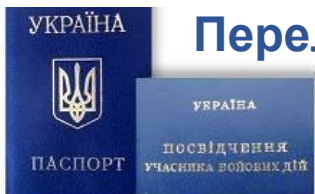
### Куди звертатися



До відділу кадрів підприємства, установи, організації.

### Збереження місця роботи під час скорочення або реорганізації

Особи що брали участь в АТО/ООС мають переважне право на залишення на роботі при скороченні чисельності чи штату працівників у зв'язку із змінами в організації виробництва і праці та на працевлаштування у разі ліквідації підприємства, установи, організації.



### Перелік документів

- 1) **заява** до керівника підприємства, установи, організації;
- 2) копія посвідчення учасника бойових дій, або особи з інвалідністю внаслідок війни, або учасника війни.

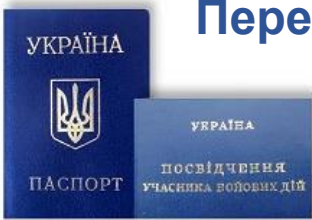
### Куди звертатися



До відділу кадрів підприємства, установи, організації. До суду, якщо питання не вирішується.

## 100% виплати на випадок непрацездатності

Особам що брали участь в АТО/ООС на випадок тимчасовій непрацездатності виплата допомоги здійснюється у розмірі 100 процентів середньої заробітної плати незалежно від стажу роботи.



### Перелік документів

- 1) **заява** до керівника підприємства, установи, організації;
- 2) копія посвідчення учасника бойових дій, або особи з інвалідністю внаслідок війни, або учасника війни.

### Куди звертатися



До відділу кадрів підприємства, установи, організації. До представництва Фонду соціального страхування України, якщо питання не вирішується.

## Надання чергової відпустки у зручний час.

Особам що брали участь в АТО/ООС надається право використання чергової щорічної відпустки у зручний для них час.



### Перелік документів

- 1) **заява** до керівника підприємства, установи, організації;
- 2) копія посвідчення учасника бойових дій, або особи з інвалідністю внаслідок війни, або учасника війни;

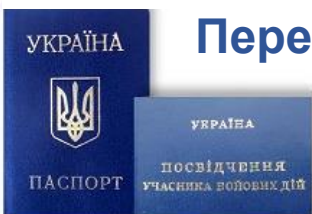
### Куди звертатися



До відділу кадрів підприємства, установи, організації. До суду, якщо питання не вирішується.

## Додаткова оплачувана відпустка

Особам що брали участь в АТО/ООС раз на рік, надається право на додаткову відпустку із збереженням заробітної плати строком 14 календарних днів.



### Перелік документів

- 1) **заява** до керівника підприємства, установи, організації;
- 2) копія **посвідчення** учасника бойових дій, або особи з інвалідністю внаслідок війни, або учасника війни.

### Куди звертатися



До відділу кадрів підприємства, установи, організації. До суду, якщо питання не вирішується.

## ІНФОРМАЦІЯ

про працівників центрального апарату та територіальних органів Державної служби України у справах ветеранів війни та учасників антитерористичної операції

Адреса: провулок Музейний, 12, м. Київ 1, 01001  
Приймальня - 2-й поверх, к. 202  
телефони:(044) 281-08-50; (044) 281-08-48  
телефон/факс: (044) 281-08-57  
E-mail: control@dsvv.gov.ua

Голова	281-08-50
Перший заступник Голови	281-08-51
Заступник Голови	281-08-37
Директор департаменту соціального захисту та фінансового забезпечення	281-08-36
Директор департаменту по роботі з ветеранами війни та учасниками АТО	281-08-45
Начальник відділу відділ соціальної, професійної адаптації та психологічної реабілітації	281-08-31
Начальник відділу забезпечення санаторно-курортним лікуванням та засобами реабілітації	281-08-49 /39
Начальник відділу організаційно-методичного забезпечення з питань надання пільг та житлового забезпечення	281-08-56 /54
Начальник відділу зв'язків з громадськими об'єднаннями	281-08-44
Громадська організація «Юридична сотня» безкоштовна гаряча лінія правової допомоги	0-800-308-100

Територіальні органи Державної служби України у справах ветеранів війни та учасників антитерористичної операції

1	Чернівецька область	58010, м. Чернівці, вул. Грушевського, 1, кім. 241 Тел. (0372)514610
2	Закарпатська область	88000, м. Ужгород, вул. Гойди, 8, кім. 410 А Тел. (0312)61-42-95
3	Тернопільська область	м. Тернопіль, вул. Грушевського 8, каб. 830 Тел. (0352) 23-49-00
4	Волинська область	43005, м. Луцьк, вул. Привокзальна, 12 Тел. (0332)73-03-77
5	Рівненська область	33028, м. Рівне, Майдан Просвіти, 1, каб. 130 Тел. (0362) 26-46-59

6	Львівська область	79016, м. Львів, вул. Митрополита Андрія, 10, кім. 108.
7	Івано-Франківська область	76004, м. Івано-Франківськ, вул. Грушевського 21, каб.109 Тел. (0342) 75-01-02
8	Одеська область	65032, м. Одеса, р.-т Шевченка, 4, кім. 604 Тел. (048) 776-00-11
9	Миколаївська область	54001, м. Миколаїв, вул.. Спаська, 43/5, каб. 4 Тел. (0512) 37-65-05
10	Херсонська область	73000, м. Херсон, вул. Морська, 13, кім. 18 Тел. (0552) 32-53-52
11	Кіровоградська область	25002, м. Кропивницький, вул. Віктора Чміленка, 53а, кім. 1 Тел. (0522) 24-65-31
12	Полтавська область	36014, м. Полтава, вул. Зигіна, 1, кім. 306 Тел. (0532) 60-64-47
13	Сумська область	40030, м. Суми, пл. Незалежності, 2, кім. 133 Тел. (0542) 62-22-04
14	Черкаська область	18000, м. Черкаси, бульвар Шевченка, 185, каб. 127а Тел. (0472) 540-444
15	Чернігівська область	14028, м. Чернігів, пр.-т Миру, 116А, каб. 301 Тел. (0462)60-50-68
16	Дніпропетровська область	49004, м. Дніпро, вул. Комсомольська, 52, каб. 211 Тел.(0567) 42-80-05
17	Донецька область	84313, м. Краматорськ, пл. Миру, 2, кім. 404 Тел: (050) 587-47-78
18	Луганська область	93113, Луганська обл., м. Лисичанськ, вул. Свердлова 349, кім. 108
19	Харківська область	61002, м. Харків, Майдан Свободи, 5, під'їзд 6, офіс 12 Тел. (0552) 32-53-52
20	Запорізька область	69600, Запорізька область, м.Запоріжжя, проспект Соборний, 75, к.211 Тел. (061) 787-48-48

---

21	Житомирська область	10014, м. Житомир, Майдан Корольова, 3/14, кім. 114 Тел. (0412) 42-23-84
22	Вінницька область	21036, м. Вінниця, вул. Хмельницьке шосе, 7 Тел. (0432) 66-10-21
23	Хмельницька область	29013, м. Хмельницький, вул. Соборна, 75, каб. 5 Тел. (0382) 65-06-77
24	Київська область	01196, м. Київ, площа Лесі Українки, 1 Тел. (044) 285-57-90
25	м. Київ	01044, Київ, вул. Хрещатик, 36 кім. 116 Тел.(044) 202-75-72

---



**Інформація про структурні підрозділи соціального захисту населення обласних та Київської міської державних адміністрацій**

	Регіон	Повне найменування структурного підрозділу	Адреса	Контактний телефон, факс
1	Вінницька обл.	Департамент соціальної політики Вінницької облдержадміністрації	вул. Соборна, 89, м. Вінниця, 21100	(0432) 61-16-36
2	Волинська обл.	Департамент соціального захисту населення Волинської облдержадміністрації	Київський майдан, 9, м. Луцьк	(0332) 246 160
3	Дніпропетровська обл.	Департамент соціального захисту населення Дніпропетровської облдержадміністрації	вул. Набережна Перемоги, 26, м. Дніпро, 49123	(056) 713-63-43
4	Донецька обл.	Департамент соціального захисту населення Донецької облдержадміністрації	вул. Маяковського, 24, м. Краматорськ	(06264) 6-36-07
5	Житомирська обл.	Департамент праці та соціального захисту населення облдержадміністрації вул.	вул. Черняхівського, 105, м. Житомир, 10005	(0412) 24-08-41
6	Закарпатська обл.	Департамент соціального захисту населення Закарпатської облдержадміністрації	вул. Тургенєва, 8, м. Ужгород, 88000	(03122) 3-52-67
7	Запорізька обл.	Департамент соціального захисту населення Запорізької облдержадміністрації	вул. Дзержинського, 48, м. Запоріжжя, 69063	(061) 764-36-86
8	Івано-Франківська обл.	Департамент соціальної політики Івано-Франківської облдержадміністрації	вул. Л. Курбаса, 2, м. Івано-Франківськ, 76000	(0342) 75-24-67
9	Київська обл.	Департамент соціального захисту населення Київської облдержадміністрації	вул. Мельникова, 40, м. Київ, 04119	(044) 206-74-86

10	Кіровоградська обл.	Департамент Кіровоградської облдержадміністрації соціального захисту населення	вул. Чорновола, 38, м. Кропивницький, 25022	(0522) 22-35-64
11	Луганська обл.	Департамент соціального захисту населення Луганської облдержадміністрації	вул. Новикова 156, м. Сєверодонецьк, 93416	(06452) 4-03-04
12	Львівська обл.	Департамент соціального захисту населення Львівської облдержадміністрації	вул. Митрополита Андрея, 10, м. Львів, 79046,	(032) 255-47-96
13	Миколаївська обл.	Департамент соціального захисту населення Миколаївської облдержадміністрації	вул. Акіма, 2, м. Миколаїв, 54003	(0512) 55-00-85
14	Одеська обл.	Департамент соціального захисту населення Одеської облдержадміністрації	вул. Мечникова 102, м. Одеса, 65007	(048) 785-18-40 8
15	Полтавська обл.	Департамент праці та соціального захисту населення Полтавської облдержадміністрації	вул. Ціолковського, 47, м. Полтава, 36023	(0532) 68-12-32
16	Рівненська обл.	Департамент соціального захисту населення Рівненської облдержадміністрації	вул. Словацького, 1, м. Рівне, 33028	(0362) 63-36-10
17	Сумська обл.	Департамент соціального захисту населення Сумської облдержадміністрації	пров. 9 травня, 2, м. Суми, 40000	(0542) 60-02-08
18	Тернопільська обл.	Департамент соціального захисту населення Тернопільської облдержадміністрації	вул. Грушевського, 8, м. Тернопіль, 46021	(0352) 522-151
19	Харківська обл.	Департамент праці та соціального захисту населення Харківської облдержадміністрації	вул. Сумська, 64, м. Харків, 61200	(057) 700-04-12

20	Херсонська обл.	Департамент соціального захисту населення Херсонської облдержадміністрації	вул. Потьомкінська (К. Маркса), 13-а м. Херсон, 73000,	(0552) 26-35-37
21	Хмельницька обл.	Департамент соціального захисту населення Хмельницької облдержадміністрації	вул. майдан Незалежності, 1, м. Хмельницький, 29000	(0382) 72-06-14
22	Черкаська обл.	Департамент праці та соціального захисту населення Черкаської облдержадміністрації	вул. Громова, 10, м. Черкаси, 18033	(0472) 63-37-77
23	Чернівецька обл.	Департамент соціального захисту населення Чернівецької облдержадміністрації	вул. Головна, 245, м. Чернівці, 58002	(03722) 4-57-03
24	Чернігівська обл.	Департамент соціального захисту населення Чернігівської облдержадміністрації	просп. Миру 116-а, м. Чернігів, 14028	(4622) 5-38-69
25	м. Київ	Департамент соціальної політики Київської міської держадміністрації	вул. Комарова, 7, м. Київ, 03165	(044) 408-74-54

