

УКРАЇНА
МОГИЛІВ-ПОДІЛЬСЬКА МІСЬКА РАДА
ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

**ВИКОНАВЧИЙ КОМІТЕТ**

**РІШЕННЯ №59**

Від 23.02.2023р. м. Могилів-Подільський

**Про визначення уповноважених щодо складення Акта встановлення**

**факту здійснення догляду за особами з інвалідністю I чи II групи та особами, які потребують постійного догляду**

 Керуючись ст.ст. 40, 59 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні», постановою Кабінету Міністрів України від 27.01.1995 року №57 «Про затвердження Правил перетинання державного кордону громадянами України» (зі змінами), розглянувши звернення жителів Могилів-Подільської міської територіальної громади, на період дії воєнного стану, -

 **виконком міської ради ВИРІШИВ:**

 1. Надати повноваження щодо складення Акта встановлення факту здійснення догляду за особами з інвалідністю I чи II групи та особами, які потребують постійного догляду, управлінню праці та соціального захисту населення Могилів-Подільської міської ради.

 2. Затвердити Положення про порядок складення та видачі Акта встановлення факту здійснення догляду згідно з додатком 1.

 3. Створити та затвердити посадовий склад комісії з питань встановлення факту здійснення догляду згідно з додатком 2.

 4. Контроль за виконанням даного рішення покласти на заступника міського голови з питань діяльності виконавчих органів Слободянюка М.В..

 Міський голова Геннадій ГЛУХМАНЮК

 Додаток 1

 до рішення виконавчого

 комітету міської ради

 від 23.02.2023 року №59

**ПОЛОЖЕННЯ**

**про порядок складення та видачі Акта встановлення факту**

**здійснення догляду**

1. Це Положення визначає порядок складення та видачі Акта встановлення факту здійснення догляду (надалі – Акт) за особами з інвалідністю I чи II групи та за особами, які потребують постійного догляду, відповідно до Правил перетинання державного кордону громадянами України, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 27 січня 1995 року №57.

2. Акт складається на підставі письмового звернення особи, яка здійснює догляд/постійний догляд, або особи з інвалідністю I чи II групи, за якою здійснюється догляд/постійний догляд, (надалі – Заява) до Могилів-Подільського міського голови.

3. Заява на складення та видачу Акта може прийматись за формою, затвердженою додатком 1 до цього Положення, або в іншій довільній формі, однак з обов’язковим зазначенням адреси фактичного місця проживання особи, за якою здійснюється догляд/постійний догляд.

4. До Заяви додаються:

1) Копії документів, що підтверджують родинні зв’язки (якщо догляд здійснюється за своїми батьками чи батьками дружини (чоловіка), які є особами з інвалідністю І чи ІІ групи).

2) Копії документів, що підтверджують інвалідність (якщо догляд/постійний догляд здійснюється за особою з інвалідністю І чи ІІ групи).

3) Копія висновку лікарсько-консультативної комісії закладу охорони здоров’я про потребу у постійному сторонньому догляді.

5. До Заяви рекомендовано також додавати такі документи:

1) Копія паспорта особи, за якою здійснюється догляд/постійний догляд.

2) Копія паспорта особи, яка здійснює догляд/постійний догляд.

3) Копія документа на підтвердження РНОКПП особи, за якою здійснюється догляд/постійний догляд.

4) Копія документа на підтвердження РНОКПП особи, яка здійснює догляд/постійний догляд.

5) Копія документа на підтвердження адреси зареєстрованого місця проживання особи, за якою здійснюється догляд/постійний догляд (зокрема, довідки про взяття на облік внутрішньо переміщеної особи).

6) Копія документа на підтвердження адреси зареєстрованого місця проживання особи, яка здійснює догляд/постійний догляд (зокрема, довідки про взяття на облік внутрішньо переміщеної особи).

7) Копії документів (посвідчення, довідки) про отримання компенсації (допомоги, надбавки) на догляд.

6. Заява може бути подана особисто або направлена засобами поштового зв’язку.

7. Відповідальність за достовірність даних, поданих заявником для складення Акта, несе заявник.

8. Факт здійснення догляду/постійного догляду за особами з інвалідністю I чи II групи та факт здійснення постійного догляду за особами, які потребують постійного догляду, згідно з висновком лікарсько-консультативної комісії закладу охорони здоров’я, встановлюється спеціальною комісією з питань встановлення факту здійснення догляду (надалі за текстом – Комісія), склад якої затверджується виконавчим комітетом Могилів-Подільської міської ради.

9. Комісія попередньо перевіряє Заяву та додані документи. У випадку, якщо до Заяви не додані документи, подання яких, згідно з вимогами цього Положення, є обов’язковим, Комісія не пізніше наступного робочого дня повідомляє заявника про необхідність подачі таких документів, та зупиняє розгляд Заяви до моменту подачі таких документів. Не пізніше наступного робочого дня після надходження необхідних документів розгляд Заяви відновлюється.

10. Комісія не має права вимагати подачі документів, не передбачених цим Положенням.

11. Якщо зміст Заяви та доданих до неї документів відповідає вимогам цього Положення, Комісія визначає дату відвідування особи, за якою здійснюється догляд/постійний догляд, за адресою її фактичного місця проживання, вказаною у Заяві (надалі – Відвідування), про що повідомляє заявника засобами телефонного зв’язку (за можливості).

12. Відвідування здійснюється не менш як трьома членами Комісії, під час якого з’ясовуються факт спільного проживання (окрім випадків, якщо догляд здійснюється за своїми батьками чи батьками дружини (чоловіка), які є особами з інвалідністю І чи ІІ групи), а також факт надання належного догляду (якщо догляд здійснюється за своїми батьками чи батьками дружини (чоловіка), які є особами з інвалідністю І чи ІІ групи) або постійного догляду, зокрема шляхом опитування сусідів та інших осіб, що можуть володіти відповідною інформацією.

13. Рішення про результати розгляду Заяви виноситься членами Комісії, які здійснювали Відвідування, протягом п’яти днів з дати подання Заяви за результатами Відвідування.

14. За результатами Відвідування Комісія може прийняте одне з таких рішень:

14.1. Підтвердити факт здійснення догляду/постійного догляду.

 В такому випадку членами Комісії, які здійснювали Відвідування, складається у двох примірниках Акт за формою, встановленою додатком 2 до цього Положення. В Акті зазначаються дані членів Комісії, які здійснювали Відвідування. Акт підписується членами Комісії, які здійснювали Відвідування.

 Акт затверджується головою Комісії у день підписання Акта членами Комісії, які здійснювали Відвідування.

 Один примірник Акта видається заявнику особисто або надсилається засобами поштового зв’язку за адресою, вказаною у Заяві.

 Всі матеріали, що стали підґрунтям для складення та видачі Акта, долучаються до другого примірника Акта, який зберігається в управлінні праці та соціального захисту населення Могилів-Подільської міської ради.

14.2. Відмова у видачі Акта.

Члени Комісії, які здійснювали Відвідування, можуть відмовити у видачі Акта у таких випадках:

1) Члени Комісії дійшли висновку, що догляд, про який зазначено в Заяві, не здійснюється.

2) Члени Комісії дійшли висновку, що догляд не має характеру постійного (не може бути підставою для відмови у випадках, коли догляд здійснюється за своїми батьками чи батьками дружини (чоловіка), які є особами з інвалідністю І чи ІІ групи).

 Відмова у видачі Акта з інших підстав забороняється.

 У випадку прийняття рішення про відмову у видачі Акта члени Комісії, які здійснювали Відвідування, складають у двох примірниках Відмову у видачі Акта встановлення факту здійснення догляду (надалі – Відмова) за формою, затвердженою додатком 3 до цього Положення.

 У Відмові зазначаються дані членів Комісії, які здійснювали Відвідування. Відмова підписується членами Комісії, які здійснювали Відвідування.

 Відмова затверджується головою Комісіїу день підписання Відмови членами Комісії, які здійснювали Відвідування.

 Один примірник Відмови видається заявнику особисто або надсилається засобами поштового зв’язку за адресою, вказаною у Заяві.

 Всі матеріали, що стали підґрунтям для складення та видачі Відмови, долучаються до другого примірника Відмови, що зберігається в управлінні праці та соціального захисту населення Могилів-Подільської міської ради.

Перший заступник міського голови Петро БЕЗМЕЩУК

 *Додаток 1*

 *до Положення про порядок*

 *складення та видачі Акта встановлення*

 *факту здійснення догляду*

 *від 23.02.2023 року №59*

|  |
| --- |
| Міському голові \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(ПІБ)*Від \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(ПІБ)*Паспорт *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* *(серія і номер/номер, дата видачі, орган видачі) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*Адреса зареєстрованого місця проживання: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(поштовий індекс, область, район, населений пункт, вулиця, номер будинку, номер квартири)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Адреса фактичного місця проживання: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(поштовий індекс, область, район, населений пункт, вулиця, номер будинку, номер квартири)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Номер телефону: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**ЗАЯВА**

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

***\*І. Якщо Заява подається особою, яка здійснює догляд/постійний догляд***

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

*(ПІБ заявника)*

здійснюю *(обрати необхідне)*

- догляд \**(якщо за своїми батьками чи батьками дружини (чоловіка), які є особами з*

 *інвалідністю І чи ІІ групи)*

- постійний догляд за

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

(*ПІБ особи, за якою здійснюється догляд/постійний догляд)*,

який/яка *(обрати необхідне)*

- є особою з інвалідністю \_\_\_ групи

- потребує постійного стороннього догляду відповідно до Висновку ЛКК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(реквізити Висновку)*

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

*(ПІБ особи, за якою здійснюється догляд/постійний догляд)*

має намір виїхати за кордон у моєму супроводі, можливість чого передбачена п. 21 Правил перетинання державного кордону громадянами України, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 27 січня 1995 року №57.

Відповідно до вищенаведеного, прошу протягом 5 робочих днів з дня надходження цієї Заяви скласти Акт встановлення факту здійснення догляду (надалі – Акт) мною за\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(ПІБ особи, за якою здійснюється догляд/постійний догляд)*

та *(обрати необхідне)*

- видати такий Акт мені особисто

- надіслати мені такий Акт засобами поштового зв’язку за адресою: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Повідомляю про готовність прийняти комісію з питань встановлення факту здійснення догляду за адресою: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*(адреса фактичного місця проживання особи, за якою здійснюється догляд/постійний догляд)*

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

***\*ІІ. Якщо Заява подається особою з інвалідністю I чи II групи***

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

*(ПІБ заявника)*

є особою з інвалідністю \_\_\_ групи.

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

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

здійснює за мною *(обрати необхідне)*

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

- постійний догляд.

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

*(ПІБ заявника)*

маю намір виїхати за кордон у супроводі

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

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

можливість чого передбачена п. 21 Правил перетинання державного кордону громадянами України, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 27 січня 1995 року №57.

Відповідно до вищенаведеного, прошу протягом 5 робочих днів з дня надходження цієї Заяви скласти Акт встановлення факту здійснення догляду (надалі – Акт) за мною \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

та *(обрати необхідне)*

- видати такий Акт мені особисто

- надіслати мені такий Акт засобами поштового зв’язку за адресою: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Повідомляю про готовність прийняти комісію з питань встановлення факту здійснення догляду за адресою:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*(адреса фактичного місця проживання особи, за якою здійснюється догляд/постійний догляд)*

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

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ року *(ПІБ)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ *(підпис)*

Перший заступник міського голови Петро БЕЗМЕЩУК

 *Додаток 2*

 *до Положення про порядок*

 *складення та видачі Акта*

 *встановлення факту здійснення догляду*

 *від 23.02.2023 року №59*

**АКТ
 встановлення факту здійснення догляду**

с./м.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 202\_ р.

Представниками Комісії:

*(посада)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(ПІБ)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(посада)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(ПІБ)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(посада)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(ПІБ)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

на підставі заяви \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(ПІБ заявника)*

поданої відповідно до п. 21 Правил перетинання державного кордону громадянами України, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 27 січня 1995 року №57 встановлено факт здійснення догляду \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ПІБ особи, яка здійснює догляд)*

за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*(ПІБ особи, за якою здійснюється догляд)*

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

Прізвище, ім’я, по батькові: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(серія і номер/номер, дата і орган видачі)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

РНОКПП: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адреса зареєстрованого місця проживання: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*(поштовий індекс, область, район, населений пункт, вулиця, номер будинку, номер квартири)*

Адреса фактичного місця проживання: *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(поштовий індекс, область, район, населений пункт, вулиця, номер будинку, номер квартири)*

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

Прізвище, ім’я, по батькові: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(серія і номер/номер, дата і орган видачі)*

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

РНОКПП: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адреса зареєстрованого місця проживання: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*(поштовий індекс, область, район, населений пункт, вулиця, номер будинку, номер квартири)*

Адреса фактичного місця проживання:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(поштовий індекс, область, район, населений пункт, вулиця, номер будинку, номер квартири)*

**ІІІ. Підстави, через які є потреба у догляді:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Посада, ПІБ)* **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  *(Підпис)****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

*(Посада, ПІБ)* **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  *(Підпис)****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

*(Посада, ПІБ)* **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  *(Підпис)****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

Перший заступник міського голови Петро БЕЗМЕЩУК

 *Додаток 3*

 *до Положення про порядок*

 *складення та видачі Акта*

 *встановлення факту здійснення догляду*

 *від 23.02.2023 року №59*

**ВІДМОВА
у видачі Акта встановлення факту здійснення догляду**

с./м.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ р.

Представниками Комісії:

*(посада)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(ПІБ)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(посада)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(ПІБ)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(посада)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(ПІБ)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

на підставі заяви \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(ПІБ заявника)*

поданої відповідно до п. 21 Правил перетинання державного кордону громадянами України, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 27 січня 1995 року №57, прийнято рішення про відмову у видачі Акта встановлення факту здійснення догляду **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 *(ПІБ особи, яка здійснює догляд)*

за **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**.

*(ПІБ особи, за якою здійснюється догляд)*

**Підстави відмови у видачі Акта встановлення факту здійснення догляду:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Посада, ПІБ)* **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  *(Підпис)****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

*(Посада, ПІБ)* **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  *(Підпис)****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

*(Посада, ПІБ)* **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  *(Підпис)****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

Перший заступник міського голови Петро БЕЗМЕЩУК

 Додаток 2

 до рішення виконавчого

 комітету міської ради

 від 23.02.2023 року №59

**ПОСАДОВИЙ СКЛАД**

**комісії з питань встановлення факту здійснення догляду**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Голова Комісії:*** | **-** | заступник міського голови з питань діяльності виконавчих органів. |
| ***Заступник голови Комісії:***  | **-** | начальник управління праці та соціального захисту населення міської ради. |
| ***Члени Комісії:*** | **-** | головний спеціаліст відділу допомог, соціальних компенсацій та гуманітарних питань управління праці та соціального захисту населення міської ради; головний спеціаліст відділу кадрової та правової роботи апарату міської ради та виконкому; |
|  | **-** | головний спеціаліст з житлових питань управління житлово-комунального господарства міської ради; |
|  | **-** | староста Могилів-Подільської міської територіальної громади (за потреби);  |
|  | **-****-****-**  | фахівець із соціальної роботи Могилів-Подільського міського територіального центру соціального обслуговування (надання соціальних послуг);голова ОСББ (*за потребою*); голова квартального комітету (*за потребою*); |
|  | **-****-** | представник Могилів-Подільського прикордонного загону імені Героя України старшого лейтенанта Вячеслава Семенова Державної прикордонної служби України (*за згодою*); представник Могилів-Подільського районного ТЦК СП (*за згодою*); |
|  | **-** | головний лікар комунального некомерційного підприємства «Могилів – Подільський міський Центр первинної медико – санітарної допомоги» Могилів – Подільської міської ради. |

Перший заступник міського голови Петро БЕЗМЕЩУК