ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ Міністерства соціальної політики України  
05 березня 2024 року № 80-Н

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

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

(найменування територіального відділення  
 Фонду соціального захисту осіб з інвалідністю)

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

(прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності) заявника)

паспорт (інший документ, що посвідчує особу):

серія (за наявності) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

виданий\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ким, дата)

реєстраційний номер облікової картки платника

податків\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності)  
 законного представника / уповноваженої особи)

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

зареєстроване / задеклароване місце проживання (перебування):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

(номер телефону заявника)

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

(додатковий номер телефону заявника / уповноваженої особи)

**Заява**\*\* **про заміну засобу реабілітації**

Прошу замінити \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(найменування виробу)

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

у зв’язку із \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(закінченням строку експлуатації виробу / проходженням повторного огляду чи обстеження / викраденням / пошкодженням внаслідок дії непереборної сили / втратою засобу реабілітації внаслідок воєнних (бойових) дій, бомбардувань, авіаударів та інших збройних нападів під час військової агресії Російської Федерації проти України)

Повідомляю, що я не забезпечувався(лась) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(найменування виробу)

за рахунок коштів місцевого бюджету, інших надходжень, зокрема благодійної або гуманітарної допомоги.

Мене поінформовано, що в разі отримання мною засобу реабілітації за рахунок коштів місцевого бюджету, інших надходжень, зокрема благодійної або гуманітарної допомоги, мені не видаватиметься відповідний засіб за рахунок коштів державного бюджету, але я маю право на отримання послуг з гарантійного та післягарантійного ремонту такого засобу реабілітації, надання реабілітаційних послуг протягом строку його експлуатації.

До заяви додаю копії таких документів\*\*\*:

 висновок про необхідність забезпечення особи з обмеженнями повсякденного функціонування допоміжними засобами реабілітації (технічними та іншими засобами реабілітації) або інший документ, що підтверджує потребу в забезпеченні засобами реабілітації, з урахуванням положень абзацу восьмого пункту 5 Порядку забезпечення допоміжними засобами реабілітації (технічними та іншими засобами реабілітації) осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані такі засоби, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 05 квітня 2012 року № 321 (у редакції постанови Кабінету Міністрів України від 07 грудня 2023 року № 1306);

 витяг з Єдиного реєстру досудових розслідувань.

Я ознайомлений(а) із:

переліком суб’єктів господарювання, до яких можна звернутися з питань забезпечення засобами реабілітації або їх ремонту, та їхніми контактними даними;

механізмом забезпечення засобами реабілітації та отримання компенсації;

інформацією щодо електронного кабінету особи, його функціоналу та офіційного вебсайту Мінсоцполітики.

Я даю згоду на використання моїх (та/або особи, інтереси якої я представляю) персональних даних, які буде внесено до централізованого банку даних з проблем інвалідності з метою забезпечення засобами реабілітації.

|  |
| --- |
| Заяву та документи на \_\_\_ аркушах прийнято \_\_\_ \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. та зареєстровано за № \_\_\_\_\_\_\_.  Додатково для розгляду заяви необхідно до \_\_\_ \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. подати такі документи: \_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ознайомився(лась) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (підпис, Власне ім’я ПРІЗВИЩЕ особи, (підпис заявника / законного представника /  що прийняла документи) уповноваженої особи) |
| ------------------------------------------------ (лінія відрізу)---------------------------------------------------- |
| Заяву та документи на \_\_\_ аркушах прийнято \_\_\_ \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. та зареєстровано за № \_\_\_\_\_\_\_.  Додатково для розгляду заяви необхідно до \_\_\_ \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. подати такі документи:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ознайомився(лась) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (підпис, Власне ім’я ПРІЗВИЩЕ особи, (підпис заявника / законного представника /  що прийняла документи) уповноваженої особи) |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\* Для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовились від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку в паспорті громадянина України, такі відомості не подаються.

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

\*\*\* Копії зазначених документів подаються у разі заміни засобу реабілітації до закінчення строку його експлуатації залежно від причин заміни відповідно до підпункту 2 пункту 18 Порядку забезпечення допоміжними засобами реабілітації (технічними та іншими засобами реабілітації) осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані такі засоби, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 05 квітня 2012 року № 321 (у редакції постанови Кабінету Міністрів України від 07 грудня 2023 року № 1306). Про подання копій зазначених документів проставляється відмітка.

**Генеральний директор  
Директорату з питань подолання**

**складних життєвих обставин Марія САКУТА**