



# МІНІСТЕРСТВО СОЦІАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ, СІМ'Ї ТА ЄДНОСТІ УКРАЇНИ

## НАКАЗ

Київ

від \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ р.

№ \_\_\_\_\_

**Про затвердження деяких форм документів, необхідних для реалізації експериментальних проектів щодо оплати закладам охорони здоров'я послуги довготривалого медсестринського догляду внутрішньо переміщених осіб та осіб, які перемістились, та із запровадження договірної форми надання соціальної послуги притулку маломобільним особам з числа внутрішньо переміщених осіб та осіб, які перемістились**

Відповідно до Порядку реалізації експериментального проекту щодо оплати закладам охорони здоров'я послуги довготривалого медсестринського догляду внутрішньо переміщених осіб та осіб, які перемістились, та Порядку реалізації експериментального проекту із запровадження договірної форми надання соціальної послуги притулку маломобільним особам з числа внутрішньо переміщених осіб та осіб, які перемістились, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 17 вересня 2025 року № 1169, пункту 8 Положення про Міністерство соціальної політики, сім'ї та єдності України, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 21 липня 2025 року № 904,

### **НАКАЗУЮ:**

1. Затвердити такі форми, що додаються:

звіт про надання послуги довготривалого медсестринського догляду;

первинне оцінювання індивідуальних потреб отримувачів послуги довготривалого медсестринського догляду;

повторне оцінювання індивідуальних потреб отримувачів послуги довготривалого медсестринського догляду;

індивідуальний план подальшого переміщення отримувача послуги довготривалого медсестринського догляду;

акт про надання послуги довготривалого медсестринського догляду;



СЕД АСКОД  
Міністерство соціальної політики, сім'ї та єдності України  
№ 200 від 26.06.2026  
Підписувач Улютін Денис Валерійович  
Сертифікат 6FA97849F1B2570D04000000371F0300BC950A00  
Дійсний з 12.01.2026 10:32:43 по 12.01.2027 10:32:43

примірний договір про надання соціальної послуги притулку маломобільним особам з числа внутрішньо переміщених осіб та осіб, які перемістились, в межах реалізації експериментального проекту;

звіт про надання соціальної послуги притулку маломобільним особам з числа внутрішньо переміщених осіб та осіб, які перемістились;

визначення маломобільності внутрішньо переміщеної особи та особи, яка перемістилась, в межах експериментального проекту;

оцінювання індивідуальних потреб отримувача соціальної послуги притулку маломобільним особам з числа внутрішньо переміщених осіб та осіб, які перемістились;

індивідуальний план надання соціальної послуги притулку маломобільним особам з числа внутрішньо переміщених осіб та осіб, які перемістились, та подальшої інтеграції в територіальній громаді.

2. Визнати таким, що втратив чинність, наказ Міністерства соціальної політики, сім'ї та єдності України від 02 жовтня 2025 року № 497-Н «Про затвердження деяких форм документів, необхідних для реалізації експериментального проекту із запровадження договірної форми надання соціальної послуги притулку маломобільним особам з числа внутрішньо переміщених осіб».

3. Контроль за виконанням цього наказу покласти на заступника Міністра соціальної політики, сім'ї та єдності України згідно з розподілом обов'язків.

**Міністр соціальної політики,  
сім'ї та єдності України**

**Денис УЛЮТІН**





# МІНІСТЕРСТВО СОЦІАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ, СІМ'Ї ТА ЄДНОСТІ УКРАЇНИ

## НАКАЗ

Київ

від \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ р.

№ \_\_\_\_\_

**Про внесення змін у додаток до форми примірного договору про надання соціальної послуги притулку маломобільним особам з числа внутрішньо переміщених осіб та осіб, які перемістились, в межах реалізації експериментального проекту**

Відповідно до пункту 8 Положення про Міністерство соціальної політики, сім'ї та єдності України, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 21 липня 2025 року № 904,

### НАКАЗУЮ:

1. Внести зміни у додаток до форми примірного договору про надання соціальної послуги притулку маломобільним особам з числа внутрішньо переміщених осіб та осіб, які перемістились, в межах реалізації експериментального проекту, затвердженої наказом Міністерства соціальної політики, сім'ї та єдності України від 26 червня 2026 року № 200, виклавши його в новій редакції, що додається.

2. Контроль за виконанням цього наказу покласти на заступника Міністра згідно з розподілом обов'язків.

**Міністр**

**Денис УЛЮТІН**



СЕД АСКОД  
Міністерство соціальної політики, сім'ї та єдності України  
№ 210 від 30.06.2026  
Підписувач Улютін Денис Валерійович  
Сертифікат 6FA97849F1B2570D04000000371F0300BC950A00  
Дійсний з 12.01.2026 10:32:43 по 12.01.2027 10:32:43

ЗАТВЕРДЖЕНО  
 Наказ Міністерства соціальної політики,  
 сім'ї та єдності України  
 \_\_\_\_\_ 2026 року № \_\_\_\_\_

**Звіт**  
**про надання послуги довготривалого медсестринського догляду**  
*(у звітному періоді)*

(найменування закладу охорони здоров'я)

Інформація про заклад охорони здоров'я			Кількість соціальних працівників / фахівців із соціальної роботи, які надають послугу довготривалого медсестринського догляду	Форма залучення соціального працівника / фахівця із соціальної роботи (в штаті/договір цивільно-правового характеру)	Кількість ліжко-місць в межах експериментального проєкту		Інформація про отримувачів послуги довготривалого медсестринського догляду протягом звітного періоду						
Адреса закладу охорони здоров'я	Номер договору	Початок дії договору			Загальна	Вільна станом на кінець звітного періоду	Загальна чисельність ВПО*, які отримували послугу протягом звітного періоду	з них ( з граfi 8):					
			Проведено оцінок індивідуальних потреб	Складено індивідуальних планів переміщення				Чисельність жінок	Чисельність осіб з інвалідністю (до 59 років)	Чисельність осіб похилого віку (60+)	Чисельність осіб похилого віку, яким встановлено інвалідність (60+)		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

\*- внутрішньо переміщених осіб

Інформація про результати надання послуги довготривалого медсестринського догляду (з початку року за наростанням)								Інформація про чисельність осіб, які переміщені за результатами оцінювання потреб (з початку року за наростанням)			
Чисельність ВПО, яким було надано послугу довготривалого медсестринського догляду з початку 2026 року	Чисельність отримувачів послуги довготривалого медсестринського догляду, що вибули, з початку 2026 року	з них: ( з графи 15)						Чисельність осіб, переміщених до місць тимчасового проживання (МТП)	Чисельність осіб, переміщених до надавачів послуги притулку (постанова від 17.09.2025 №1169)	Чисельність осіб, переміщених до надавачів послуги стаціонарного догляду	Чисельність осіб, переміщених до надавачів послуги підтриманого проживання
		Проведено оцінок індивідуальних потреб	Складено індивідуальних планів переміщення	Чисельність жінок	Чисельність осіб з інвалідністю (до 59 років)	Чисельність осіб похилого віку (60+)	Чисельність осіб похилого віку, яким встановлено інвалідність (60+)				
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

Керівник \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ (підпис)

\_\_\_\_\_

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства соціальної  
політики, сім'ї та єдності України  
\_\_\_\_\_ 2026 року № \_\_\_\_\_

**Первинне оцінювання  
індивідуальних потреб отримувачів послуги довготривалого  
медсестринського догляду**

*(опитування проводиться протягом 5 робочих днів з дня переміщення до закладу охорони  
здоров'я)*

**БЛОК 1. ОСОБИСТА ІНФОРМАЦІЯ ТА ДОКУМЕНТИ**

**1.1. Персональні дані**

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

Дата народження \_\_\_\_\_

Місце проживання до переміщення \_\_\_\_\_

Контактний телефон (власний / родича) \_\_\_\_\_

**1.2. Наявність документів**

- Паспорт громадянина України
- Паспорт громадянина України для виїзду за кордон
- Довідка про реєстрацію місця проживання
- РНОКПП (ідентифікаційний номер)
- Наявні медичні документи (зазначити) \_\_\_\_\_
- Пенсійне посвідчення
- Інші документи (зазначити) \_\_\_\_\_
- Документи відсутні

**БЛОК 2. СТАН ЗДОРОВ'Я ТА НЕВІДКЛАДНІ ПОТРЕБИ**

**2.1. Стан здоров'я**

- Потребує невідкладної медичної допомоги
- Має хронічні захворювання
- Отримав травми / поранення при евакуації



СЕД АСКОД  
Міністерство соціальної політики, сім'ї та єдності України  
№ 200 від 26.06.2026  
Підписувач Улютін Денис Валерійович  
Сертифікат 6FA97849F1B2570D04000000371F0300BC950A00  
Дійсний з 12.01.2026 10:32:43 по 12.01.2027 10:32:43

- Необхідне медичне втручання внаслідок отриманих травм при евакуації
- Потребує психологічної допомоги
- Потребує реабілітації
- Стан задовільний

## 2.2. Першочергові потреби

- Медична допомога
- Харчування
- Одяг та взуття
- Засоби гігієни
- Тимчасове житло
- Зв'язок з родиною
- Переміщення (або допомога в купівлі квитків)

## БЛОК 3. СОЦІАЛЬНА СИТУАЦІЯ

### 3.1. Сімейний стан

Сімейний стан \_\_\_\_\_

Кількість дітей \_\_\_\_\_

Наявність утриманців (повнолітні особи) \_\_\_\_\_

Місцезнаходження сім'ї \_\_\_\_\_

### 3.2. Житло

- Є власне житло (не пошкоджене)
- Є власне житло (пошкоджене / зруйноване)
- Орендоване житло (чи є можливість орендувати)
- Потребую тимчасового житла
- Житла немає

### 3.3. Розташування житла

- Власне житло (не пошкоджене) знаходиться на тимчасово окупованій території
- Власне житло (пошкоджене/зруйноване) знаходиться на тимчасово окупованій території
- Власне житло (не пошкоджене) знаходиться на підконтрольній Україні території



- Власне житло (пошкоджене/зруйноване) знаходиться на підконтрольній Україні території

## БЛОК 4. ПОТРЕБИ В ДОПОМОЗІ

### 4.1. Потреба у правничій допомозі

- Так, терміново (зазначити вид допомоги) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Так, але не терміново (зазначити вид допомоги) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Ні, не потребую допомоги
- Не знаю

### 4.2. Потреба у виготовленні документів

#### Оформлення

- Необхідно оформити паспорт громадянина України
- Необхідно оформити паспорт громадянина України для виїзду за кордон
- Необхідно оформити довідку внутрішньо переміщеної особи
- Необхідно оформити інші документи (зазначити) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Не потребую допомоги

#### Відновлення

- Необхідно відновити паспорт громадянина України
- Необхідно відновити паспорт громадянина України для виїзду за кордон
- Необхідно переоформити довідку внутрішньо переміщеної особи за новим фактичним місцем проживання / перебування
- Необхідно відновити свідоцтва, які видаються органом державної реєстрації актів цивільного стану:
- про шлюб  про народження  про смерть рідних
- інше (зазначити) \_\_\_\_\_
- Необхідно відновити РНОКПП (ідентифікаційний номер)
- Необхідно відновити пенсійне посвідчення / посвідчення особи з інвалідністю з дитинства
- Необхідно відновити документи про освіту
- Необхідно відновити трудову книжку



Необхідно оформити інші документи (вказати) \_\_\_\_\_

Не потребує допомоги

**Інші питання, пов'язані з виготовленням документів**

Необхідно впорядкувати майнові питання (компенсація за зруйноване житло, інше)

Необхідно розв'язати інші питання, пов'язані із виготовленням документів (вказати) \_\_\_\_\_

Не потребує допомоги

**4.3. Потреба в допомозі щодо оформлення різних виплат / допомог тощо**

Так (Вказати вид допомоги) \_\_\_\_\_

Ні, не потребує допомоги

**БЛОК 5. КОНТАКТНА ІНФОРМАЦІЯ**

**5.1. Екстрені контакти:**

Найближчий родич \_\_\_\_\_

Контактний телефон \_\_\_\_\_

Додаткові контакти \_\_\_\_\_

**5.2. Бажане місце тимчасового перебування:**

Медичний заклад (у зв'язку зі станом здоров'я)

Надавач соціальних послуг

У родичів / друзів / знайомих

Орендоване житло (гуртожиток / квартира / приватний будинок)

Інше (вказати) \_\_\_\_\_

Підпис опитаної особи \_\_\_\_\_ Ініціали та прізвище \_\_\_\_\_



**СЛУЖБОВА ІНФОРМАЦІЯ**

Опитувальник заповнено:

Дата \_\_\_\_\_

Соціальний працівник (фахівець із соціальної роботи) \_\_\_\_\_

Установа / організація \_\_\_\_\_

Контактна інформація для подальшого зв'язку \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства соціальної  
політики, сім'ї та єдності України  
\_\_\_\_\_ 2026 року № \_\_\_\_\_

## Повторне оцінювання індивідуальних потреб отримувачів послуги довготривалого медсестринського догляду

(опитування проводиться не пізніше ніж за 15 робочих днів до закінчення строку виконання  
індивідуального плану)

### БЛОК 1. ОЦІНКА НАДАНОЇ ДОПОМОГИ

#### 1.1. Оцінка якості отриманої допомоги

- Медична \_\_\_\_\_
- Психологічна \_\_\_\_\_
- Правнича \_\_\_\_\_
- Соціальна \_\_\_\_\_
- Матеріальна \_\_\_\_\_

#### 1.2. Додаткові потреби

- Довгострокове медичне лікування
- Психологічна підтримка
- Санаторно-курортне лікування
- Соціальна адаптація
- Реабілітація (вказати) \_\_\_\_\_

### БЛОК 2. ДОКУМЕНТООБІГ ТА РЕЄСТРАЦІЯ

#### 2.1. Статус відновлення документів

- Необхідно оформити довідку внутрішньо переміщеної особи
- Отримано довідку внутрішньо переміщеної особи
- Подано заяву на оформлення паспорта громадянина України
- Подано заяву на оформлення паспорта громадянина України для виїзду за кордон
- Отримано паспорт громадянина України
- Отримано паспорт громадянина України для виїзду за кордон



СЕД АСКОД  
Міністерство соціальної політики, сім'ї та єдності України  
№ 200 від 26.06.2026  
Підписувач Улютін Денис Валерійович  
Сертифікат 6FA97849F1B2570D04000000371F0300BC950A00  
Дійсний з 12.01.2026 10:32:43 по 12.01.2027 10:32:43

- Подано заяву на отримання РНОКПП (ідентифікаційний номер)
  - Отримано РНОКПП (ідентифікаційний номер)
  - Отримано пенсійне посвідчення
  - Документи в процесі оформлення (зазначити) \_\_\_\_\_
- 
- Потрібна допомога в оформленні (зазначити) \_\_\_\_\_
- 
- Не потребую допомоги

## 2.2. Статус отримання банківських послуг

- Відкрито банківський рахунок
- Відновлено доступ до наявних банківських рахунків
- Потрібна допомога з банківськими питаннями
- Не потребую допомоги

## БЛОК 3. ЖИТЛОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

### 3.1 Поточна житлова ситуація:

- Буду проживати у власному житлі (зазначити: регіон (область), район, місто / село / селище, вулиця / проспект / бульвар / тощо, номер будинку, номер квартири) \_\_\_\_\_
- Буду проживати у родичів / друзів / знайомих (зазначити: регіон (область), район, місто / село / селище, вулиця / проспект / бульвар / тощо, номер будинку, номер квартири) \_\_\_\_\_
- Буду орендувати житло (зазначити: регіон (область), район, місто / село / селище, вулицю / проспект / бульвар / тощо, номер будинку, номер квартири) \_\_\_\_\_
- Буду отримувати соціальні послуги у надавача соціальних послуг (зазначити, де саме: регіон (область), район, місто / село / селище) \_\_\_\_\_
- Буду проживати в місці тимчасового проживання (зазначити: регіон (область), район, місто / село / селище, вулицю / проспект / бульвар / тощо, номер будинку) \_\_\_\_\_



### 3.2. Потреби в житлі:

- Необхідна допомога з відновленнями пошкодженого житла
- Необхідне надання тимчасового житла
- Необхідна допомога в оренді житла
- Необхідне переселення в інший регіон (зазначити: регіон (область), район, місто / село / селище, вулицю / проспект / бульвар / тощо, номер будинку)

---

Не потребую допомоги

## БЛОК 4. ТРУДОВІ ВІДНОСИНИ ТА ФІНАНСИ

### 4.1. Трудова ситуація до переміщення

Місце роботи \_\_\_\_\_

Посада \_\_\_\_\_

Наявність трудової книжки \_\_\_\_\_

Збережене робоче місце (так / ні) \_\_\_\_\_

### 4.2. Плани щодо працевлаштування

- Шукаю нову роботи в тій же сфері
- Планую змінити професію / пройти перекваліфікацію
- Планую розпочати власну справу
- Не готовий працювати за станом здоров'я

### 4.3. Фінансова ситуація

- Маю заощадження
- Маю фінансову підтримку від родичів
- Маю державу допомогу / пенсію
- Маю інші джерела доходу: \_\_\_\_\_
- Потребую фінансової підтримки

## БЛОК 5. СОЦІАЛЬНА АДАПТАЦІЯ

### 5.1. Психологічний стан

- Почуваю себе добре
- Періодично перебуваю в стані тривоги / стресу
- Маю проблеми зі сном



Міністерство соціальної політики, сім'ї та єдності України  
 № 200 від 26.06.2026  
 Підписувач Улютін Денис Валерійович  
 Сертифікат 6FA97849F1B2570D04000000371F0300BC950A00  
 Дійсний з 12.01.2026 10:32:43 по 12.01.2027 10:32:43

- Маю труднощі в спілкуванні
- Потребую професійної психологічної допомоги

### 5.2. Соціальні зв'язки

- Підтримую контакт із сім'єю / друзями
- Маю труднощі в спілкуванні
- Потребую допомоги із соціальної адаптації
- Інше (зазначити) \_\_\_\_\_

### 5.3. Інформаційні потреби

- Інформація про права та пільги
- Інформація про доступні послуги
- Юридичне консультування
- Медичне консультування
- Профорієнтаційні послуги
- Не потребує допомоги

## БЛОК 6. ДОВГОСТРОКОВІ ПОТРЕБИ ТА ПЛАНИ

### 6.1. Пріоритетні потреби на найближчі місяці

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

### 6.2. Готовність до участі в соціальних програмах та групах взаємопідтримки

- Готовий до участі у:
  - програмах професійної реабілітації / адаптації
  - програмах соціальної адаптації
  - освітніх програмах
  - програмах працевлаштування
  - групах взаємопідтримки
- Не готовий до участі у соціальних програмах та групах взаємопідтримки

### 6.3. Додаткові коментарі та пропозиції:



---

---

---

#### 6.4. Додаткові потреби

- Юридична консультація
- Забезпечення допоміжними засобами реабілітації
- Соціальний супровід
- Професійна реабілітація
- Інше(зазначити) \_\_\_\_\_

Підпис опитаної особи \_\_\_\_\_ Ініціали та прізвище \_\_\_\_\_

#### СЛУЖБОВА ІНФОРМАЦІЯ :

Опитувальник заповнено:

Дата \_\_\_\_\_

Соціальний працівник (фахівець із соціальної роботи) \_\_\_\_\_

Установа / організація \_\_\_\_\_

Контактна інформація для подальшого зв'язку \_\_\_\_\_



**Індивідуальний план подальшого переміщення  
отримувача послуги довготривалого медсестринського догляду**

Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) особи / повнолітнього представника сім'ї

---

**Основні цілі**

**сприяння в задоволенні першочергових / базових потреб:**

- харчування
- одяг
- взуття
- засоби гігієни
- тимчасове житло / місце проживання
- встановлення зв'язку з членами сім'ї / родини / близькими
- переїзд (переміщення) (в т. ч. надання допомоги в купівлі квитків / пошуку автотранспорту тощо)
- інше (зазначити) \_\_\_\_\_

**сприяння в оформленні документів:**

- паспорт громадянина України
- паспорт громадянина України для виїзду за кордон
- довідка внутрішньо переміщеної особи

- інше (зазначити) \_\_\_\_\_

**сприяння у відновленні документів:**

- паспорт громадянина України
- паспорт громадянина України для виїзду за кордон
- свідоцтво про шлюб
- свідоцтво про народження
- свідоцтво про смерть родичів
- РНОКПП (ідентифікаційний номер)
- пенсійне посвідчення
- посвідчення особи з інвалідністю з дитинства
- документи про освіту
- трудова книжка (трудові книжки)
- документи щодо нерухомого майна (зруйнованого житла тощо)
- інше (зазначити) \_\_\_\_\_



СЕД АСКОД

Міністерство соціальної політики, сім'ї та єдності України

№ 200 від 26.06.2026

Підписувач Улютін Денис Валерійович

Сертифікат 6FA97849F1B2570D04000000371F0300BC950A00

Дійсний з 12.01.2026 10:32:43 по 12.01.2027 10:32:43

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><input type="checkbox"/> <b>сприяння в отриманні медичної допомоги:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> екстрена (невідкладна) медична допомога</li> <li><input type="checkbox"/> медичне втручання у разі травм при евакуації</li> <li><input type="checkbox"/> первинна медична допомога</li> <li><input type="checkbox"/> спеціалізована медична допомога</li> <li><input type="checkbox"/> реабілітаційна допомога</li> <li><input type="checkbox"/> паліативна допомога</li> <li><input type="checkbox"/> інше (зазначити) _____</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> <b>сприяння в отриманні допомоги у сфері психічного здоров'я:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> психосоціальна допомога</li> <li><input type="checkbox"/> психологічна допомога</li> <li><input type="checkbox"/> психотерапія</li> <li><input type="checkbox"/> психологічна реабілітація</li> <li><input type="checkbox"/> психіатрична допомога</li> <li><input type="checkbox"/> інше (зазначити) _____</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> <b>сприяння в організації реабілітації для осіб з інвалідністю:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> психолого-педагогічна реабілітація</li> <li><input type="checkbox"/> професійна реабілітація</li> <li><input type="checkbox"/> фізкультурно-спортивна реабілітація</li> <li><input type="checkbox"/> соціальна реабілітація</li> <li><input type="checkbox"/> психологічна реабілітація</li> <li><input type="checkbox"/> інше (зазначити) _____</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> <b>сприяння в отриманні безоплатної правничої допомоги:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> безоплатна первинна правнича допомога</li> <li><input type="checkbox"/> безоплатна вторинна правнича допомога</li> <li><input type="checkbox"/> інше (зазначити) _____</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> <b>сприяння в оформленні різних видів державної допомоги</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>сприяння в отриманні соціальних послуг</b></p> | <p><input type="checkbox"/> <b>сприяння в отриманні матеріальної / фінансової підтримки (у т.ч. за рахунок місцевих програм, благодійної допомоги тощо)</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>сприяння в організації санаторно-курортного лікування</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>сприяння в отриманні банківських послуг з:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> відкриття банківського рахунку та отримання банківської картки</li> <li><input type="checkbox"/> відновлення банківського рахунку та банківської картки</li> <li><input type="checkbox"/> інше (зазначити) _____</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> <b>сприяння у вирішенні житлових питань:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> пошук допомоги у відновленні пошкодженого житла</li> <li><input type="checkbox"/> пошук орендованого житла</li> <li><input type="checkbox"/> інше (зазначити) _____</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> <b>сприяння у працевлаштуванні / самозайнятості</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>можливих варіантів переміщення:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> житло родичів</li> <li><input type="checkbox"/> орендоване житло</li> <li><input type="checkbox"/> модульне містечко</li> <li><input type="checkbox"/> місце тимчасового проживання</li> <li><input type="checkbox"/> інше (зазначити) _____</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> <b>спосіб переміщення:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> спеціальний транспорт (у разі потреби)</li> <li><input type="checkbox"/> пасажирський транспорт (автомобільний, залізничний транспорт)</li> <li><input type="checkbox"/> супровід під час переміщення (у разі потреби)</li> <li><input type="checkbox"/> перевезення вантажу (у разі потреби)</li> <li><input type="checkbox"/> інше (зазначити) _____</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> <b>інше (зазначити) _____</b></p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



## Надавач послуги \_\_\_\_\_

(найменування закладу охорони здоров'я)

№	Очікувані результати <sup>1</sup>	Основні заходи <sup>2</sup> , необхідні для досягнення результату	Термін виконання	Відповідальні за виконання	Стан <sup>3</sup> виконання	Примітки
1		1.				
		2.				
		3.				
2		1.				
		2.				
		3.				
3		1.				
		2.				
		3.				
4		1.				
		2.				
		3.				

<sup>1</sup> Очікувані результати формулюються як індикатори чіткого досягнення цілі (наприклад, ціль “Сприяння в задоволенні першочергових / базових потреб”, очікуваний результат - “Задоволено базові потреби”). Уточнення конкретного переліку потреб (наприклад, “засоби гігієни”, “встановлення зв’язку з членами сім’ї / родини / близькими”, “Переїзд (переміщення)” зазначається у графі “Основні заходи, необхідні для досягнення результату”.

У переліку очікуваних результатів має міститися “Переміщення до визначеного місця” (за адресою, зазначеною у графі “Стан виконання”), при цьому у графі “Основні заходи, необхідні для досягнення результату” має зазначатись інформація про спосіб переміщення (спеціальний транспорт, супровід під час транспортування), додаткові потреби (перевезення вантажу тощо).

<sup>2</sup>Зміст заходів формулюється виходячи з цілей, визначених у таблиці вище. Заходи мають бути конкретними, виконуваними, чітко сформульованими (наприклад, “Забезпечення щотижневого надання гігієнічного набору”; “1. Пошук контактів та місцезнаходження родичів. 2. Проведення бесіди з родичами (зазначається прізвище,



Організація щотижневого надання гігієнічного набору”;  
Міністерство соціальної політики, сім’ї та єдності України  
№ 200 від 26.06.2026  
Підписувач Улютін Денис Валерійович  
Сертифікат 6FA97849F1B2570D04000000371F0300BC950A00  
Дійсний з 12.01.2026 10:32:43 по 12.01.2027 10:32:43

власне ім'я, по батькові (за наявності) з метою відновлення зв'язку з отримувачем соціальної послуги притулку та організація їхнього спілкування"; "1. Визначення можливості переміщення / переїзду отримувача соціальної послуги притулку до родичів (зазначається прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) шляхом трьохсторонніх перемовин). Варто уникати формулювань "сприяння", "надання допомоги".

<sup>3</sup>У графі "Стан виконання" зазначаються результати виконання заходів, яких досягнуто, з урахуванням термінів виконання таких заходів.

У графі "Стан виконання" стосовно очікуваного результату "Переміщення до визначеного місця" зазначається адреса місця переміщення. Місце переміщення має бути вибрано після розгляду всіх можливих варіантів переміщення отримувача та остаточного узгодження обраного варіанта з отримувачем та третьою стороною. Адреса місця переміщення також зазначається в акті повторного оцінювання індивідуальних потреб (вторинний опитувальник) у блоці „житлове забезпечення”. Адреса місця переміщення має містити таку інформацію: регіон (область), місто / село / селище, вулиця / проспект / бульвар тощо, номер будинку, номер квартири.

### Відповідальні за виконання:

#### Спеціалісти, залучені до реалізації індивідуального плану

Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)	Посада	Контактний телефон	Примітки

### Отримувач / отримувачі послуги

Я отримав(отримала) індивідуальний план переміщення, погоджуюся з його змістом і сприятиму його виконанню

<input type="checkbox"/> так, <input type="checkbox"/> ні	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> так, <input type="checkbox"/> ні	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> так, <input type="checkbox"/> ні	_____	_____	_____
	(родинний зв'язок)	(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності))	(підпис) (дата)

### Спеціалісти, які надаватимуть підтримку за місцем переміщення <sup>4</sup>

Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)	Місце роботи	Посада	Адреса місця роботи (фактична)	Контактний телефон



СЕД АСКОД  
Міністерство соціальної політики, сім'ї та єдності України  
№ 200 від 26.06.2026  
Підписувач Улютін Денис Валерійович  
Сертифікат 6FA97849F1B2570D04000000371F0300BC950A00  
Дійсний з 12.01.2026 10:32:43 по 12.01.2027 10:32:43


Коментарі \_\_\_\_\_

**Соціальний працівник / Фахівець із соціальної роботи,  
який надає послугу**

\_\_\_\_\_ (підпис)

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

\_\_\_\_\_ 20\_\_ року

(дата)

<sup>4</sup>Зазначаються спеціалісти / відповідальні особи, яким передано інформацію про отримувача соціальної послуги притулку (зокрема, результати повторного проведення поглибленого (спеціального) оцінювання потреб та індивідуальний план) за місцем переміщення та інтеграції, залежно від способу переміщення.

Зокрема, у разі:

самостійного переміщення за обраним місцем проживання - спеціалісту виконавчого органу сільської, селищної, міської, районної у місті (за наявності) ради; переміщення до тимчасового місця проживання, закладу охорони здоров'я, надавача соціальних послуг, санаторно-курортного закладу тощо - спеціалісту обласної / Київської міської державної адміністрації / виконавчого органу сільської, селищної, міської, районної у місті (за наявності) ради (залежно від підпорядкування закладу / установи).

Інформація про спеціалістів зазначається до закінчення строку виконання індивідуального плану.



СЕД АСКОД

Міністерство соціальної політики, сім'ї та єдності України

№ 200 від 26.06.2026

Підписувач Улютин Денис Валерійович

Сертифікат 6FA97849F1B2570D04000000371F0300BC950A00

Дійсний з 12.01.2026 10:32:43 по 12.01.2027 10:32:43

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ Міністерства соціальної  
політики, сім'ї та єдності  
України  
\_\_\_\_\_ 2026 року № \_\_\_\_\_

**АКТ**  
**надання послуги довготривалого медсестринського догляду**

Дата початку роботи \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

Найменування надавача послуги довготривалого медсестринського догляду (далі – послуга)

---

Відповідальний працівник надавача послуги

---

(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), посада відповідального працівника)

Контактний номер телефону відповідального працівника

---

Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) отримувача послуги

---

Контактний номер телефону отримувача послуги

---

Основні результати, визначені індивідуальним планом подальшого переміщення, та рівні їх досягнення

№	Зміст очікуваного результату (відповідно до плану)	Рівень досягнення	Примітка
1		<input type="checkbox"/> досягнуто повністю <input type="checkbox"/> досягнуто частково <input type="checkbox"/> не досягнуто	
2		<input type="checkbox"/> досягнуто повністю <input type="checkbox"/> досягнуто частково <input type="checkbox"/> не досягнуто	
3		<input type="checkbox"/> досягнуто повністю <input type="checkbox"/> досягнуто частково <input type="checkbox"/> не досягнуто	
4		<input type="checkbox"/> досягнуто повністю <input type="checkbox"/> досягнуто частково <input type="checkbox"/> не досягнуто	

Подальше переміщення отримувач послуги здійснює<sup>1</sup>:

за новим місцем проживання до:

- родичів / друзів / знайомих
- орендованого житла
- соціального гуртожитку
- надавача соціальних послуг з проживанням
- місця тимчасового проживання для внутрішньо переміщених осіб
- інше (зазначити) \_\_\_\_\_

за постійним (попереднім) місцем проживання до:

- власного / орендованого житла
- родичів / друзів / знайомих
- надавача соціальних послуг з проживанням
- інше (зазначити) \_\_\_\_\_

Суб'єкти підтримки за місцем переміщення (без проживання)<sup>2</sup>:

- уповноважена особа виконавчого органу сільської / селищної / міської / районної у місті (у разі їх утворення) ради з підтримки внутрішньо переміщених осіб
- уповноважена особа виконавчого органу сільської / селищної / міської / районної у місті (у разі їх утворення) ради соціального захисту населення
- надавач соціальних послуг
- заклад охорони здоров'я
- заклад освіти
- центр зайнятості
- надавач гуманітарної допомоги
- інше (зазначити) \_\_\_\_\_

Загальна тривалість надання послуги \_\_\_\_\_

(кількість днів)

з \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

Другий примірник індивідуального плану переміщення додається.

Соціальний працівник /

фахівець із соціальної роботи,  
який надає послугу

\_\_\_\_\_ (підпис)

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

Отримувач соціальних послуг

\_\_\_\_\_ (підпис)

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

\_\_\_\_\_ 20\_\_ р.  
(дата)

<sup>1</sup>Адреса місця проживання зазначається в індивідуальному плані подальшого переміщення та опитувальнику для проведення повторного оцінювання індивідуальних потреб.

<sup>2</sup>Контактна інформація суб'єктів підтримки за місцем переміщення зазначається в індивідуальному плані подальшого переміщення

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства соціальної  
політики, сім'ї та єдності України  
\_\_\_\_\_ 2026 року № \_\_\_\_\_

## ПРИМІРНИЙ ДОГОВІР

**про надання соціальної послуги притулку маломобільним особам з числа  
внутрішньо переміщених осіб та осіб, які перемістились, в межах реалізації  
експериментального проекту**

\_\_\_\_\_ (найменування населеного пункту)

„\_\_\_” \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

Фонд соціального захисту осіб з інвалідністю в особі

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

що діє на підставі \_\_\_\_\_

(назва та реквізити документа)

(далі – Замовник), з однієї сторони, та

\_\_\_\_\_ (найменування надавача соціальної послуги або прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності))

фізичної особи – підприємця, що надає соціальну послугу притулку маломобільним особам з числа внутрішньо переміщених осіб та осіб, які перемістились, в особі

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

що діє на підставі \_\_\_\_\_

(назва та реквізити документа)

(далі – Виконавець), з іншої сторони (далі – Сторони), уклали договір про надання соціальної послуги притулку (далі – договір) для реалізації експериментального проекту із запровадження договірної форми надання соціальної послуги притулку маломобільним особам з числа внутрішньо переміщених осіб та осіб, які перемістились, (далі – експериментальний проект) про нижченаведене.

### Предмет договору

1. За цим договором Виконавець надає соціальну послугу притулку маломобільним особам з числа внутрішньо переміщених осіб та осіб, які перемістились, (далі – соціальна послуга), згідно з Порядком реалізації експериментального проекту із запровадження договірної форми надання соціальної послуги притулку маломобільним особам з числа внутрішньо переміщених осіб, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 17 вересня 2025 р. № 1169 (далі – Порядок) (зі змінами), а Замовник оплачує надання такої послуги на умовах та в порядку, визначених Порядком.

2. Перелік заходів, що становлять зміст соціальної послуги, визначається Порядком.

3. Місцем надання соціальної послуги є приміщення Виконавця, яке перебуває у комунальній, державній або приватній формі власності, у місцях тимчасового проживання

(перебування) внутрішньо переміщених осіб. Приміщення, де надається соціальна послуга, має відповідати вимогам щодо його доступності для осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення. В разі неможливості повністю пристосувати таке приміщення для потреб осіб з інвалідністю забезпечується його розумне пристосування відповідно до частини другої статті 27 Закону України “Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні”, що підтверджується інформацією засновника (власника) надавача, яке знаходиться за адресою / адресами: \_\_\_\_\_

---

4. Загальна орієнтована ціна договору становить \_\_\_\_\_ (прописом) гривень.

Загальна орієнтована ціна договору розраховується згідно з додатком до цього договору.

Загальна орієнтована ціна договору може бути переглянута сторонами із внесенням відповідних змін до нього шляхом підписання договору про внесення змін до договору.

### **Права та обов'язки сторін**

5. Замовник має право:

1) вимагати від Виконавця належного, своєчасного та у повному обсязі виконання своїх зобов'язань згідно з цим договором та Порядком;

2) організувати та проводити заходи з оцінювання якості надання соціальної послуги відповідно до Закону України „Про соціальні послуги” та Порядку;

3) давати Виконавцю письмові вказівки щодо надання соціальної послуги і використання бюджетних коштів відповідно до умов цього договору та Порядку, які є обов'язковими для врахування Виконавцем;

4) запитувати та отримувати від Виконавця документи, пов'язані з наданням соціальної послуги, скарги отримувачів соціальної послуги (за умови знеособлення даних отримувачів соціальної послуги) та робити з них копії;

5) розривати договір в односторонньому порядку у випадках, передбачених цим договором.

6. Замовник зобов'язується:

1) належним чином, своєчасно та у повному обсязі виконувати умови договору та Порядку;

2) проводити звірку розрахунків згідно з цим договором та Порядком;

3) розглядати звіти Виконавця про надання соціальної послуги;

4) у межах повноважень сприяти Виконавцю в наданні соціальної послуги;

5) повідомляти Виконавця про всі обставини, що можуть істотно вплинути на виконання умов цього договору.

7. Виконавець має право:

1) вимагати від Замовника належного, своєчасного та у повному обсязі виконання зобов'язань згідно з цим договором та Порядком;

2) проводити звірку розрахунків згідно з цим договором та Порядком.

8. Виконавець зобов'язується:

1) належним чином, своєчасно та у повному обсязі виконувати зобов'язання надавача соціальної послуги, визначені Порядком та згідно з цим договором;

2) відповідати загальним критеріям діяльності надавачів соціальних послуг, визначеним пунктом 4 критеріїв діяльності надавачів соціальних послуг, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 3 березня 2020 р. № 185 та Порядком;

3) дотримуватися принципів надання соціальних послуг та обов'язків надавача соціальних послуг, визначених Законом України „Про соціальні послуги”;

4) забезпечувати навчання та підвищення кваліфікації фахівців, які надають соціальну послугу;

5) надавати соціальну послугу відповідно до Порядку починаючи з \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_;

6) не розголошувати інформацію особистого характеру, що стала відома під час надання соціальної послуги;

7) у межах повноважень сприяти здійсненню моніторингу надання комплексної соціальної послуги та оцінюванню її якості Національною соціальною сервісною службою України та/або Замовником відповідно до Закону України „Про соціальні послуги” та Порядку;

8) надавати на запит Замовника інформацію та/або документи, що стосуються надання соціальної послуги, відповідно до Порядку та цього договору;

9) повідомляти Замовника про всі обставини, що можуть істотно вплинути на виконання умов цього договору;

10) подавати Замовнику звітність про надання соціальної послуги відповідно до Порядку;

11) не передавати всі або частину прав та обов'язків за договором третім особам без попередньої письмової згоди Замовника;

12) у разі виникнення будь-яких обставин, що перешкоджають наданню соціальної послуги, зокрема, внаслідок переміщення з територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, в тому числі під час обов'язкової евакуації, або якщо приміщення для надання комплексної соціальної послуги зруйноване або непридатне для використання внаслідок бойових дій, терористичних актів, диверсій, спричинених

збройною агресією Російської Федерації, Виконавець протягом 10 робочих днів з моменту виникнення таких обставин має повідомити Замовника засобами поштового зв'язку про зміну місця надання комплексної соціальної послуги або припинення надання комплексної соціальної послуги;

13) забезпечити зберігання первинних документів, створених під час надання соціальної послуги, а також внутрішніх документів, пов'язаних з виконанням вимог законодавства про соціальні послуги, впродовж не менш ніж 5 років після закінчення строку дії цього договору.

### **Звітність Виконавця**

9. Виконавець складає звіт про надання соціальної послуги, здійсненої протягом календарного місяця (далі – звітний період), в якому зазначається обсяг надання соціальної послуги, що підлягає оплаті за звітний період. Звіт про надання соціальної послуги, у звітному періоді, є первинним документом (далі – звіт). До звіту додається акт надання соціальної послуги.

У звіті зазначається інформація про кількість отримувачів соціальної послуги протягом звітного періоду, кількість днів надання соціальної послуги протягом звітного періоду, запланована вартість та фактична вартість соціальної послуги у звітному періоді.

10. Виконавець подає Замовнику звіти щомісяця до 05 числа наступного місяця відповідно до Порядку.

11. У разі виявлення невідповідностей, зокрема, між даними звіту та інформацією, отриманою за результатами моніторингу, здійсненого відповідно до Порядку, Замовник інформує Виконавця протягом 5 робочих днів з дати їх виявлення. Виконавець розглядає інформацію про невідповідність, усуває невідповідності та подає уточнений звіт протягом 3 робочих днів з дати її отримання.

### **Оплата соціальної послуги**

12. Замовник оплачує надання соціальної послуги, що надається отримувачам соціальної послуги, відповідно до Порядку та згідно з цим договором.

Замовник щомісяця оплачує фактичну вартість соціальної послуги, яка обчислюється як добуток кількості отримувачів, кількості днів надання послуги протягом звітного місяця відповідно до інформації, внесеної надавачем до електронної системи охорони здоров'я, та ставки на день.

13. Оплата надання соціальної послуги згідно з цим договором здійснюється протягом 5 робочих днів з дати надходження бюджетних асигнувань на рахунок Замовника.

У разі затримки бюджетного фінансування оплата надання комплексної соціальної послуги згідно з цим договором здійснюється відповідно до Порядку виконання повноважень Державною казначейською службою в особливому режимі в умовах воєнного стану, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 09 червня 2021 року № 590.

14. Розрахунки здійснюються в безготівковій формі згідно з цим договором.

15. Ціна цього договору може бути переглянута Сторонами шляхом внесення відповідних змін до договору.

16. Замовник не несе відповідальності за несвоєчасну оплату у разі затримки бюджетного фінансування та затримки перерахування коштів відповідним органом Державної казначейської служби України.

### **Відповідальність Сторін**

17. Сторони несуть відповідальність за невиконання, неналежне виконання умов цього договору на підставах та в порядку, передбачених законодавством України.

18. У разі надання Виконавцем соціальної послуги, що не відповідає вимогам Порядку, Виконавець повертає Замовнику кошти, отримані згідно з договором, за надання такої соціальної послуги, а також сплачує штрафні санкції у розмірі 10 % вартості наданої соціальної послуги.

19. Якщо після оплати за звітом за результатами моніторингу, здійсненого відповідно до Порядку, буде встановлена невідповідність інформації, наданої у звіті, Виконавець повертає Замовнику надміру сплачені кошти протягом трьох календарних днів з моменту отримання повідомлення від Замовника.

### **Розв'язання спорів**

20. Спори між Сторонами розв'язуються шляхом ведення переговорів або в судовому порядку.

### **Форс-мажорні обставини (обставини непереборної сили)**

21. Сторони звільняються від відповідальності за повне або часткове невиконання своїх зобов'язань згідно з цим договором, якщо таке невиконання стало наслідком обставин непереборної сили, що виникли після укладення цього договору, які Сторони не могли передбачити чи появи яких запобігти.

22. Форс-мажорними обставинами (обставинами непереборної сили) є надзвичайні та невідворотні обставини, що об'єктивно унеможливають виконання зобов'язань, передбачених умовами договору, обов'язків згідно із законодавчими та іншими нормативними актами, а саме: повстання, масові заворушення, а також обставини, викликані винятковими погодними умовами і стихійним лихом (епідемія, сильний шторм, циклон, ураган, торнадо, буревій, повінь, нагромадження снігу, ожеледь, град, землетрус, пожежа, інші стихійні лиха тощо).

23. У разі виникнення обставин, визначених у пункті 22 цього договору, Сторона, що зазнала їх впливу, має негайно за допомогою будь-яких доступних засобів повідомити іншу Сторону про такі обставини не пізніше ніж протягом 24 годин з моменту виникнення таких обставин шляхом надсилання письмового повідомлення про настання таких обставин. Повідомлення про обставини непереборної сили має містити вичерпну інформацію про природу обставин непереборної сили, час їх настання та оцінку їх впливу на можливість сторони виконувати свої зобов'язання згідно з цим договором та на порядок виконання зобов'язань згідно з цим договором, якщо це можливо.

24. Якщо дія обставин, визначених у пункті 22 цього договору, припиняється, сторона, що зазнала їх впливу, зобов'язана негайно, але в будь-якому випадку в строк не пізніше ніж протягом 24 годин з моменту, коли Сторона дізналась або мала дізнатися про припинення зазначених обставин, письмово повідомити іншій стороні про їх припинення. У такому повідомленні має міститись інформація про час припинення дії таких обставин та строк, протягом якого Сторона виконає свої зобов'язання за договором.

25. Наявність та строк дії обставин непереборної сили підтверджуються сертифікатом Торгово-промислової палати або уповноваженими нею регіональними торгово-промисловими палатами.

26. Якщо Сторона, що зазнала дії обставин непереборної сили, не надіслала або несвоєчасно надіслала іншій Стороні повідомлення про обставини непереборної сили, як це визначено у пункті 23 цього договору, така Сторона втрачає право посилатися на обставини непереборної сили як на підставу для звільнення від відповідальності за повне або часткове невиконання своїх зобов'язань згідно з цим договором.

27. Якщо дія обставин, зазначених у пункті 22 цього договору, триває більше ніж 30 календарних днів, кожна зі Сторін має право розірвати договір та не несе відповідальності за таке розірвання за умови, що вона повідомить про це іншій Стороні не пізніше ніж за десять календарних днів до розірвання договору.

### **Строк дії договору**

28. Цей договір вважається укладеним та набирає чинності з дати його підписання обома Сторонами.

29. Цей договір діє з \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_ року, але не пізніше 31 грудня 2026 року.

30. Виконавець зобов'язаний надавати отримувачам соціальну послугу протягом строку дії цього договору.

### **Дострокове припинення дії договору**

31. Дію цього договору може бути достроково припинено на підставах, передбачених законом та цим договором.

32. Одностороння відмова Виконавця від договору не допускається, крім випадків, передбачених цим договором та законом.

33. Замовник має право розірвати договір в односторонньому порядку в таких випадках:

1) невідповідність Виконавця вимогам до надавача соціальної послуги, зазначеним у Порядку;

2) отримання довідок за результатами моніторингу, здійсненого відповідно до Порядку, якими підтверджується вчинення більше ніж трьох порушень Виконавцем протягом строку дії цього договору;

3) у випадку, передбаченому пунктом 17 цього договору;

4) у разі надання Замовнику недостовірної інформації, зокрема, щодо запланованої кількості отримувачів соціальної послуги.

У разі односторонньої відмови Замовника від договору в повному обсязі договір є розірваним з дати отримання Виконавцем повідомлення про таку відмову.

## Прикінцеві положення

34. Сторони повідомляють одна одну про зміну юридичної та/або поштової адреси, інших реквізитів, зазначених у цьому договорі, протягом 10 календарних днів після настання відповідних змін.

35. Будь-які зміни та доповнення до цього договору вважаються чинними та обов'язковими для Сторін за умови, що вони скріплені електронними підписами, що базуються на кваліфікованому сертифікаті електронного підпису, обох Сторін з дотриманням вимог законодавства у сферах електронного документообігу та електронних довірчих послуг.

36. Сторони несуть відповідальність за правильність зазначених у договорі реквізитів та ризик настання несприятливих наслідків у разі неповідомлення іншій Стороні про зміну своїх реквізитів.

## Реквізити сторін

Виконавець

Місцезнаходження \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Код згідно з ЄДРПОУ або реєстраційний номер облікової картки платника податків фізичної особи - підприємця

МФО \_\_\_\_\_

розрахунковий рахунок \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

(підпис)

Замовник

Місцезнаходження \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Код згідно з ЄДРПОУ

\_\_\_\_\_

Реквізити рахунку \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

(підпис)

**Розрахунок орієнтовної ціни договору про надання соціальної послуги притулку**  
 Адреса надання соціальної послуги притулку

№	Рік	Місяць	Запланована кількість днів надання соціальної послуги	Запланована чисельність осіб, які отримуватимуть соціальну послугу притулку	Тариф у розрахунку на одного отримувача (грн)	Запланована вартість надання соціальної послуги притулку (грн)
1	202_	Січень			343,74	
2		Лютий			343,74	
3		Березень			343,74	
4		Квітень			343,74	
5		Травень			343,74	
6		Червень			343,74	
7		Липень			343,74	
8		Серпень			343,74	
9		Вересень			343,74	
10		Жовтень			343,74	
11		Листопад			343,74	
12		Грудень			343,74	
<b>Всього</b>						

2. Запланована вартість надання соціальної послуги становить \_\_\_\_\_ гривень.

Сторони можуть протягом строку дії договору переглядати заплановану вартість послуги із внесенням відповідних змін до нього.

3. Запланована вартість послуги притулку за договором (ціна договору) розраховується як добуток запланованої чисельності маломобільних осіб (з числа внутрішньо переміщених осіб, та осіб, які перемістились), які потребують послуги притулку, запланованої кількості днів надання послуги притулку, кількості місяців дії договору та граничної вартості послуги притулку на день.

Тариф на соціальну послугу за одного отримувача визначається як гранична вартість послуги притулку на день, яка становить 343,74 гривні.

Соціальна послуга надається одному отримувачу протягом не більше ніж 12 місяців.

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства соціальної  
політики, сім'ї та єдності України  
\_\_\_\_\_ 2026 року № \_\_\_\_\_

**Звіт**  
**про надання соціальної послуги притулку маломобільним особам з числа**  
**внутрішньо переміщених осіб та осіб, які перемістились**  
*(у звітному періоді до 05 числа наступного місяця)*

(найменування надавача соціальної послуги притулку)

до Договору від \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ станом на \_\_\_\_\_

Адреса місця надання соціальної послуги притулку	чисельність осіб, яким надано соціальну послугу притулку	чисельність жінок з графи 2	Кількість днів надання соціальної послуги притулку	Тариф на одного отримувача (грн)	Фактична вартість надання соціальної послуги притулку (грн)	Кількість вільних ліжко-місць (станом на _____)
1	2	3	4	5	6	
<b>ВСЬОГО</b>						

\* До звіту додається акт надання соціальної послуги притулку (додаток 1).

Керівник \_\_\_\_\_  
(прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності) (підпис)

Головний бухгалтер \_\_\_\_\_  
(прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності) (підпис)



СЕД АСКОД  
Міністерство соціальної політики, сім'ї та єдності України  
№ 200 від 26.06.2026  
Підписувач Улютін Денис Валерійович  
Сертифікат 6FA97849F1B2570D04000000371F0300BC950A00  
Дійсний з 12.01.2026 10:32:43 по 12.01.2027 10:32:43

ЗАТВЕРДЖУЮ

ЗАТВЕРДЖУЮ

Керівник надавача соціальної послуги  
Притулку

Керівник Фонду соціального захисту  
осіб з інвалідністю

(підпис)

(власне ім'я, прізвище)

(підпис)

(власне ім'я, прізвище)

Акт № \_\_\_\_\_

надання соціальної послуги притулку

відповідно до\*

(реквізити договору про забезпечення надання комплексної соціальної послуги з формування життєстійкості)

за \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ року

м. \_\_\_\_\_

„\_\_\_\_” \_\_\_\_\_ 202\_\_ року

Надавач соціальної послуги притулку \_\_\_\_\_

(найменування надавача соціальних послуг)

в особі \_\_\_\_\_

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

що діє на підставі \_\_\_\_\_

(назва та реквізити документа)

(або \_\_\_\_\_),

(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця, що надає соціальні послуги)

що діє на підставі \_\_\_\_\_

(назва та реквізити документа)

далі Виконавець, з однієї сторони, та Фонд соціального захисту осіб з інвалідністю в особі \_\_\_\_\_

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

що діє на підставі \_\_\_\_\_, далі

Замовник, \_\_\_\_\_

(назва та реквізити документа)

погодили, що загальна фактична вартість надання соціальної послуги притулку, яка підлягає сплаті, становить \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) гривень

\_\_\_\_\_ копійок.



№	Чисельність осіб, які отримали соціальну послугу притулку	Фактична кількість днів надання соціальної послуги притулку	Тариф на одного отримувача (грн)	Фактична вартість надання соціальної послуги притулку за звітний період (грн)

\* Зазначити реквізити договору про надання соціальної послуги притулку

ЗА ЗАМОВНИКА

ЗА ВИКОНАВЦЯ

\_\_\_\_\_  
(підпис) (власне ім'я, прізвище)

\_\_\_\_\_  
(підпис) (власне ім'я, прізвище)



СЕД АСКОД  
Міністерство соціальної політики, сім'ї та єдності України  
№ 200 від 26.06.2026  
Підписувач Улютін Денис Валерійович  
Сертифікат 6FA97849F1B2570D04000000371F0300BC950A00  
Дійсний з 12.01.2026 10:32:43 по 12.01.2027 10:32:43

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства соціальної  
політики, сім'ї та єдності України  
\_\_\_\_\_ 2026 року № \_\_\_\_\_

**Визначення маломобільності внутрішньо переміщеної особи та особи, яка  
перемістилась, в межах експериментального проекту**

*(визначення обмеження функціонування, що ускладнює самостійне пересування осіб,  
орієнтування їх в просторі, розуміння необхідної інформації)*

Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)

\_\_\_\_\_

Дата народження \_\_\_\_\_

Дата проведення анкетування \_\_\_\_\_

Соціальний працівник, який провів анкетування

\_\_\_\_\_

**КРОК 1. Перевірка критичних ознак маломобільності**

Особа визнається маломобільною, якщо вона:  
(автоматичні ознаки маломобільності)

- пересувається за допомогою крісла колісного, милиць, ходунків, протезів;
- не виходить з житлового приміщення самостійно;
- потребує постійного стороннього догляду за висновком лікаря;
- **не може виконати  $\geq 3$  дій базової мобільності (з блоку питань № 1)**

Поставте респонденту такі запитання:

1. Чи можете Ви самостійно виходити з житлового приміщення?

так → перейдіть до запитання 2

ні → значна маломобільність

2. Чи потребуєте Ви постійного стороннього догляду за висновком лікаря?

**так → значна маломобільність**

**ні → перейдіть до запитання 3**

3. Чи користуєтесь Ви для пересування кріслом колісним, милицями, ходунками, протезами?

**так → значна маломобільність**

Якщо відповідь респондента хоча би на одне із запитань означає його значну маломобільність (відповідь “ні” на перше питання або відповідь “так” на друге чи третє питання), подальше анкетування не проводиться, зазначається, що рівень маломобільності особи значний.

**Висновок (рівень маломобільності)**

---

**ні → перейдіть до КРОКУ 2**

## КРОК 2. Проведення анкетування

Проведіть опитування, зазначте відповіді, та поставте бали за кожне питання анкети. Підрахуйте суму балів у кожному блоці запитань.

### 1. Самостійність пересування (базова мобільність)

Шкала оцінювання:

0 – без труднощів, 1 – легкі труднощі, 2 – помірні труднощі, 3 – значні труднощі, 4 – не може виконати дії

Запитання (прочитайте)	Бал
протягом останніх 30 днів наскільки Вам було складно самостійно:	
пересуватись в межах житла	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
пересуватись на вулиці	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
підніматися або спускатися сходами	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
пройти відстань понад 500 метрів	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
встати зі стільця або ліжка без сторонньої допомоги	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
користуватися громадським транспортом	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

<sup>1</sup>Якщо респондент не може виконати 3 або більше дій переліку в цьому блоці із зазначеного запитань, така особа визнається маломобільною. У такому разі подальше анкетування не проводиться, зазначається, що рівень маломобільності особи значний.

**Сума балів блоку питань № 1 (0 – 24) \_\_\_\_\_**

## 2. Самообслуговування

Шкала оцінювання:

0 – самостійно, 1 – з незначною допомогою, 2 – із суттєвою допомогою, 3 – не може виконати дії.

Запитання (зачитати)

Бал

Наскільки самостійно Ви можете:

- |                                                               |                            |                            |                            |                            |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| одягатися і роздягатися                                       | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| виконувати особисту гігієну                                   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| приймати їжу                                                  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| користуватися туалетом                                        | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| переміщатися між кімнатами                                    | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| відвідувати громадські місця (магазини, установи, парки тощо) | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |

**Сума балів блоку питань № 2 (0 - 18) \_\_\_\_\_**

**3. Потреба у сторонній допомозі або допоміжних засобах пересування**

Запитання (зачитати)	Бал
Чи користуєтесь Ви допоміжними засобами для пересування 0 – ні; 1 – так	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
Чи потрібна Вам допомога іншої людини для пересування 0 – ні, не потрібна; 1 – так, іноді; 2 – так, постійно	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Чи можете Ви самостійно виходити із житла 0 – так; 1 – лише зі сторонньою допомогою; 2 – ні	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2

**Сума балів блоку питань № 3 (0 - 5) \_\_\_\_\_**

**4. Орієнтування в просторі та сприйняття / розуміння інформації**

Шкала оцінювання:

0 – без труднощів, 1 – легкі труднощі, 2 – помірні труднощі, 3 – значні труднощі, 4 – не може виконати дії.

Запитання (прочитайте)

Бал

Наскільки Вам складно:

орієнтуватися в незнайомому місці 0 1 2 3 4

розуміти усні інструкції або повідомлення 0 1 2 3 4

розуміти письмову інформацію (оголошення, таблички) 0 1 2 3 4

почуватися комфортно в людних, шумних місцях 0 1 2 3 4

**Сума балів блоку питань № 4 (0 - 16): \_\_\_\_\_**

## 5. Фактори середовища, що спричиняють бар'єри

Позначте наявні бар'єри:

- відсутність ліфта
- відсутність пандуса на сходах
- складне покриття
- інформаційна недоступність
- інше \_\_\_\_\_

Оцініть наявність і вплив бар'єрів на мобільність<sup>1</sup>: 0 1 2

Шкала оцінювання:

0 - не впливають, 1 - частково впливають, 2 - значно впливають.

## 6. Оцінка інтерв'юера

Оцініть мобільність особи, враховуючи відповіді респондента, присутність супроводжуючої особи (особи, яка здійснює догляд), потребу у фактичній допомозі під час безпосереднього контакту.

---

<sup>1</sup> наявність та вплив бар'єрів на мобільність оцінюються зі слів респондента.

## Складові оцінювання

Бал

- 1) Самостійність у пересуванні (згідно зі спостереженнями) 0 1 2 3
- 0 - рухається самостійно, вільно, без обмежень  
 1 - рухається самостійно, але повільно чи з обережністю  
 2 - потребує допоміжних засобів або підтримки іншої людини  
 3 - залежить від допомоги іншого або не пересувається
- 2) Потреба у сторонній допомозі (з огляду на наявність особи, яка здійснює догляд, або потребу у допомозі під час контакту) 0 1 2
- 0 - не потребує  
 1 - потребує іноді або періодично  
 2 - потребує постійно
- 3) Загальний стан мобільності (з огляду на швидкість руху, здатність утримувати та змінювати положення тіла, потребу в контролі безпеки) 0 1 2 3 4
- 0 - немає обмежень мобільності (функціонально незалежний)  
 1 - є легкі обмеження мобільності  
 2 - є помірні обмеження мобільності  
 3 - є значні обмеження мобільності  
 4 - функціонально залежний

**Сума балів блоку питань № 6 (0 - 9) \_\_\_\_\_**

### КРОК 3. Розрахунок індексу маломобільності за результатами анкетування

Внесіть суму балів за кожним блоком запитань у розрахункову таблицю, визначте нормований показник та результат за кожним блоком за формулами, зазначеними в таблиці. Визначте суму результатів та зазначте індекс.

#### Розрахункова таблиця

Компонент (блок питань)	Сума балів, $S$	Максимум балів, $Max$	Нормований показник, $N = \frac{S}{Max} \times 4$	Ваговий коефіцієнт, $k$	Результат, $k \times N$
Мобільність	_____	24	_____	0,4	_____
Самообслуговування	_____	18	_____	0,25	_____
Стороння допомога / допоміжні засоби	_____	5	_____	0,1	_____
Орієнтування / інформація	_____	16	_____	0,15	_____
Бар'єри	_____	2	_____	0,05	_____
Оцінка інтерв'юера	_____	9	_____	0,05	_____
<b>Індекс = сума результатів</b>					_____

### КРОК 4. Визначення рівня маломобільності

Відповідно до отриманого індексу маломобільності визначте рівень маломобільності.

Індекс	Рівень маломобільності
0 – 0,9	відсутня маломобільність
1 – 1,9	легка маломобільність
2 – 2,9	помірна маломобільність
$\geq 3$	значна маломобільність

**Визначений рівень:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства соціальної  
політики, сім'ї та єдності України  
\_\_\_\_\_ 2026 року № \_\_\_\_\_

**Оцінювання індивідуальних потреб  
отримувача соціальної послуги притулку маломобільним особам з числа  
внутрішньо переміщених осіб та осіб, які перемістились**

*(під час прибуття до надавача соціальної послуги притулку;  
після 3 місяців надання послуги – протягом 10 робочих днів;  
за 10 днів до завершення надання соціальної послуги)*

**БЛОК 1. ОСОБИСТА ІНФОРМАЦІЯ ТА ДОКУМЕНТИ**

*(цей блок можна заповнювати шляхом перенесення інформації про  
отримувача соціальної послуги притулку з анкет, заповнених надавачами  
інших соціальних / медичних послуг)*

**1.1. Персональні дані**

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

Дата народження \_\_\_\_\_

Місце проживання до евакуації \_\_\_\_\_

Контактний телефон (власний / родича) \_\_\_\_\_

**1.2. Наявність документів**

- Паспорт громадянина України
- Паспорт громадянина України для виїзду за кордон
- Довідка про реєстрацію місця проживання
- РНОКПП (ідентифікаційний номер)
- Наявні медичні документи (зазначити) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Пенсійне посвідчення

- Інші документи (зазначити) \_\_\_\_\_
- Документи відсутні

### 1.3. Реєстрація ВПО

- Так (де саме) \_\_\_\_\_  
(дані верифікуються з даними ЄІБД ВПО)
- Ні
- Розпочато реєстрацію ВПО (подано документи)

### 1.4 Приналежність до категорій (можлива верифікація з даними Єдиної системи (ЄІССС))

- Пенсіонер
- Особа з інвалідністю I групи підгрупи А
- Особа з інвалідністю I групи підгрупи Б
- Особа з інвалідністю II групи
- Особа з інвалідністю III групи
- Особа з інвалідністю внаслідок війни
- Опікун / піклувальник дитини
- Опікун / піклувальник недієздатної особи
- Одинокa мати / одинокий батько
- Вагітна жінка
- Особа, що перебуває у відпустці по догляду за дитиною
- Малозабезпечена особа
- Члени багатодітної сім'ї
- Дитячий будинок сімейного типу: батько-вихователь / мати-вихователька; прийомна сім'я: прийомний батько / прийомна мати
- Особа, яка здійснює постійний догляд за особою, нездатною до самообслуговування
- Цивільна особа, яка отримала поранення чи ушкодження здоров'я внаслідок війни, але якій не встановлено інвалідність (в т. ч. особа, яка відновилась після такого поранення чи ушкодження)
- Член сім'ї цивільної особи, загиблої внаслідок бойових дій
- Учасник бойових дій

- Військовослужбовець, військовозобов'язаний, резервіст, що отримав поранення (контузію, травму, каліцтво)
  - Особа, яка має особливі заслуги перед Батьківщиною
  - Член сім'ї військовослужбовця
  - Член сім'ї загиблого військовослужбовця
  - Член сім'ї полоненого / зниклого безвісти внаслідок військової агресії
  - Маю інший статус, що дає право на пільги (ветеран праці, дитина війни, ветеран війни, особа постраждала внаслідок аварії на ЧАЕС)
  - Жодна із наведених категорій
  - Інше (вказати)
- 

## **БЛОК 2. ОЦІНКА НАДАНОЇ ДОПОМОГИ**

*(цей блок заповнюється за наявності в отримувача послуги притулку результатів оцінювання його потреб, проведених у транзитному центрі або закладі охорони здоров'я за результатами надання довготривалого медсестринського догляду або іншим надавачем соціальних послуг. Заповнюється шляхом перенесення інформації з попередніх анкет)*

---

---

---

### **2.1. Отримана допомога**

- Медична *(коротко зазначити яка саме)*
- 
- 

- Психологічна *(коротко зазначити яка саме)*
- 
- 

- Правнича *(коротко зазначити яка саме)*
- 
-

Соціальна (*коротко зазначити які саме*)

---



---

Матеріальна (*коротко зазначити яка саме*)

---

### **БЛОК 3. СТАН ЗДОРОВ'Я ТА НЕВІДКЛАДНІ ПОТРЕБИ**

#### **3.1. Потреба в терміновій допомозі в разі її неотримання за попереднім маршрутом переміщення**

- Потребує невідкладної медичної допомоги
- Має хронічні захворювання і потребує лікування (*скарга на загострення*)
- Має травми / поранення, отримані при переміщенні
- Необхідне медичне втручання внаслідок травм, отриманих при переміщенні
- Потребує психологічної допомоги
- Потребує реабілітації
- Не потребує ніякої допомоги із вищезазначених видів

#### **3.2. Потреба в регулярній медичній допомозі**

- Особливих медичних потреб немає
  - Наявні особливі медичні потреби:
    - лікування ВІЛ (АРТ)
    - інсулінотерапія
    - гемодіаліз / перитонеальний діаліз
    - онкологічне лікування
    - інше лікування, яке не можна переривати (*зазначити*)

---

  - постійний або тривалий прийом лікарських засобів (*зазначити*)

---

  - реабілітація після травми / захворювання
- Інше (*зазначити*)
- 

#### **3.3. Потреба в технічних або допоміжних засобах реабілітації**

- Не користується і не потребує
- Користується і потребує додаткових / нових (у т. ч. заміни наявних у разі пошкодження / втрати тощо)
- Не користується але потребує:
  - засоби пересування (милиці, ходунки, крісло колісне тощо)
  - засоби для зору / слуху
  - медичні пристрої (інсулінова помпа, інгалятор тощо)
  - гігієнічні засоби (памперси, пелюшки тощо)
- Інше (зазначити) \_\_\_\_\_

### 3.4. Наявність сімейного лікаря (діючої підписаної декларації)

- Так
- Ні
- У процесі укладення декларації
- Планує укласти декларацію
- Інше (зазначити) \_\_\_\_\_

### 3.5. Виявлено потреби щодо сприяння в організації

- Надання медичної допомоги
- Надання реабілітаційних послуг
- Підписання декларації із сімейним лікарем
- Супроводу під час лікування / реабілітації

### 3.6. Загальний психоемоційний стан на момент оцінювання

- Стабільний
- Напружений / підвищений рівень стресу
- Виснажений / перевтомлений
- Інше (зазначити) \_\_\_\_\_

## БЛОК 4. СОЦІАЛЬНА СИТУАЦІЯ

### 4.1. Сімейний стан

Сімейний стан \_\_\_\_\_

Кількість неповнолітніх дітей \_\_\_\_\_

Кількість повнолітніх дітей \_\_\_\_\_

Наявність утриманців (*повнолітні особи*) \_\_\_\_\_

Місцезнаходження родичів / близьких, з якими особа проживала до евакуації / переміщення \_\_\_\_\_

Місцезнаходження повнолітніх дітей \_\_\_\_\_

#### 4.2. Першочергові потреби

Одяг (зазначити) \_\_\_\_\_

Взуття (зазначити) \_\_\_\_\_

Засоби гігієни (зазначити) \_\_\_\_\_

Інше (зазначити) \_\_\_\_\_

#### 4.3. Потреби в соціальних послугах

Соціальна послуга з адаптації

Супровід при працевлаштуванні та на робочому місці

Консультування

Медіація

Соціальні послуги з проживанням

підтримане проживання

стаціонарний догляд

Інше (зазначити) \_\_\_\_\_

#### 4.4. Доходи, ресурси, працездатність

Матеріальне становище на момент оцінювання індивідуальних потреб:

дуже незадовільне (відсутні будь-які кошти або заощадження)

суттєво незадовільне (ледь вистачає на їжу)

незадовільне (вистачає на харчування, але є складнощі з придбанням одягу та взуття)

достатньо задовільне (вистачає грошей на їжу, одяг, є можливість заощаджувати)

задовільне (можна купувати деякі дорогі речі)

цілком задовільне (можна задовольнити всі базові потреби)

інше \_\_\_\_\_

Джерела доходу

заробітна плата

дохід від підприємницької діяльності / самозайнятості

пенсія за віком / за вислугу років

- пенсія по інвалідності
  - пенсія у зв'язку з втратою годувальника
  - державна соціальна допомога особам, які не мають права на пенсію (соціальна пенсія за відсутності трудового стажу)
  - стипендія
  - аліменти
  - допомога на проживання ВПО
  - державні соціальні виплати (систематичні), крім допомоги на проживання ВПО
  - благодійна / недержавна допомога
  - фінансова допомога від родичів / близьких
  - заощадження / пасивний дохід
  - Інше (вказати) \_\_\_\_\_
- Зайнятість на момент оцінювання потреб:
- робота за трудовою угодою віддалено
  - фізична особа - підприємець
  - надання послуг за договором
  - маю місце роботи, але через евакуацію / бойові дії не можу працювати та / або не отримую заробітну плату
  - не працюю
  - Інше (вказати) \_\_\_\_\_
- Чи є бажання / намір працювати (або відновити трудову діяльність)
- вже працює
  - так, має намір та бажання працювати
  - бажає, але не може працювати через обмеження
  - поки не визначено
  - Інше (вказати) \_\_\_\_\_
- Обмеження для працевлаштування (у разі їх наявності)
- стан здоров'я
  - інвалідність
  - пригнічений психоемоційний стан / наслідки травматичних подій
  - відсутність документів
  - відсутність відповідних умов праці

- обмежена кількість вакансій за фахом
- Інше (вказати) \_\_\_\_\_
- Рівень освіти (вказується у разі бажання працювати)
  - повна загальна середня
  - професійно-технічна
  - фахова передвища
  - незавершена вища
  - вища
  - науковий ступінь
- Інше (вказати) \_\_\_\_\_

## **БЛОК 5. Житлова ситуація та потреби в житлі**

### **5.1. Житло за постійним місцем проживання (звідки здійснено переміщення / евакуацію):**

- Є власне житло (не пошкоджене)
- Є власне житло (пошкоджене / зруйноване)
- Орендоване житло (є можливість орендувати)
- Житла немає

### **5.2. Розташування власного / орендованого житла:**

- Власне житло (не пошкоджене) розміщене на тимчасово окупованій території
- Власне житло (пошкоджене / зруйноване) розміщене на тимчасово окупованій території
- Власне житло (не пошкоджене) розміщене на підконтрольній території України (вказати адресу) \_\_\_\_\_
- Власне житло (пошкоджене/зруйноване) знаходиться на підконтрольній Україні території(вказати адресу) \_\_\_\_\_
- Орендоване житло розміщене на підконтрольній Україні території (вказати адресу) \_\_\_\_\_

### **5.3. Підтримка органів влади (держави або громади) у вирішенні житлового питання**

- Необхідна допомога
  - з пошуком житла для самостійної оренди

- щодо отримання компенсації або допомоги на оренду житла
- щодо отримання соціального / тимчасового житла
- Бажання взяти участь у державних / місцевих житлових програмах:
  - пільгова іпотека
  - кредит
  - оренда з правом викупу
  - забезпечення земельною ділянкою
- Отримання компенсації за пошкоджене / знищене житло в зоні бойових дій
- Ні, наразі не потребую

## **БЛОК 6. ПОТРЕБИ В ДОПОМОЗІ**

*(Цей блок заповнюється з урахуванням результатів опитування та моніторингу індивідуального плану переміщення, складеного під час надання послуги довготривалого медсестринського догляду (у разі переміщення отримувача із закладу охорони здоров'я)*

### **6.1. Потреба у правничій допомозі**

- Так, терміново (зазначити) \_\_\_\_\_
- Так, але не терміново (зазначити) \_\_\_\_\_
- Ні, не потребую
- Не знаю

### **6.2. Потреба у виготовленні документів**

**Необхідно оформити:**

- паспорт громадянина України
- паспорт громадянина України для виїзду за кордон
- довідку про взяття на облік внутрішньо переміщеної особи
- інші документи (зазначити) \_\_\_\_\_

**Необхідно відновити:**

- паспорт громадянина України

- паспорт громадянина України для виїзду за кордон
  - свідоцтва, які видаються органом державної реєстрації актів цивільного стану:
    - про шлюб;  про народження;  про смерть родичів;
    - інше (зазначити) \_\_\_\_\_
  - РНОКПП (ідентифікаційний номер)
  - пенсійне посвідчення / посвідчення особи з інвалідністю з дитинства
  - документи про освіту
  - трудову книжку
  - інші документи (зазначити) \_\_\_\_\_
- 

необхідно переоформити довідку про взяття на облік внутрішньо переміщеної особи за новим фактичним місцем проживання / перебування

**Інші питання, пов'язані з виготовленням документів:**

- необхідно вирішити майнові питання (компенсація за зруйноване житло, інше)
  - Інше (зазначити) \_\_\_\_\_
- 

**6.3. Потреба в допомозі щодо оформлення різних виплат / видів допомоги**

- Зазначити, яких \_\_\_\_\_
- 
- 
- 

**6.4. Потреба в допомозі у сфері зайнятості**

- Реєстрація у центрі зайнятості
- Профорієнтація
- Перекваліфікація / навчання
- Підтримка у пошуку роботи
- Адаптація робочого місця / спеціальні умови праці
- Психологічна підтримка (для відновлення та повернення до зайнятості)
- Інше (зазначити) \_\_\_\_\_

**6.5. Додаткові потреби:**

- Довгострокове медичне лікування
- Психологічна підтримка
- Санаторно-курортне лікування
- Соціальна адаптація
- Реабілітація (яка саме) \_\_\_\_\_
- Вирішення житлового питання

**БЛОК 7 КОНТАКТНА ІНФОРМАЦІЯ****7.1. Контакти для екстреного зв'язку:**

Найближчі родичі \_\_\_\_\_  
 Телефон: \_\_\_\_\_  
 Додаткові контакти: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**7.2. Бажане місце подальшого переміщення:**

- Надавач соціальних послуг
- До родичів / друзів / знайомих
- Орендоване / соціальне житло (гуртожиток / квартира / приватний будинок)
- Інше: \_\_\_\_\_

**Підпис опитаної особи** \_\_\_\_\_ **Ініціали та прізвище** \_\_\_\_\_

**СЛУЖБОВА ІНФОРМАЦІЯ****Опитувальник заповнено:**

Дата \_\_\_\_\_  
 Соціальний працівник (фахівець) \_\_\_\_\_  
 Установа / організація: \_\_\_\_\_  
 Контактна інформація для подальшого зв'язку \_\_\_\_\_



ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ Міністерства соціальної  
політики, сім'ї та єдності України  
\_\_\_\_\_ 2026 року № \_\_\_\_\_

**Індивідуальний план  
надання соціальної послуги притулку маломобільним особам з числа внутрішньо переміщених осіб та осіб, які  
перемістились, та подальшої інтеграції в територіальній громаді**

Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) особи / повнолітнього представника сім'ї

<p><b>Основні цілі</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>сприяння в задоволенні першочергових / базових потреб:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> харчування</li><li><input type="checkbox"/> одяг</li><li><input type="checkbox"/> взуття</li><li><input type="checkbox"/> засоби гігієни</li><li><input type="checkbox"/> встановлення зв'язку з членами сім'ї / родини / близькими</li><li><input type="checkbox"/> інше (зазначити) _____</li></ul> <p><input type="checkbox"/> <b>сприяння в оформленні документів:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> паспорт громадянина України</li><li><input type="checkbox"/> паспорт громадянина України для виїзду за кордон</li><li><input type="checkbox"/> довідка внутрішньо переміщеної особи</li><li><input type="checkbox"/> інше (зазначити) _____</li></ul> <p><input type="checkbox"/> <b>сприяння у відновленні документів:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> паспорт громадянина України</li><li><input type="checkbox"/> паспорт громадянина України для виїзду за кордон</li><li><input type="checkbox"/> свідоцтво про шлюб</li><li><input type="checkbox"/> свідоцтво про народження</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> свідоцтво про смерть родичів</li><li><input type="checkbox"/> РНОКПП (ідентифікаційний номер платника податків)</li><li><input type="checkbox"/> пенсійне посвідчення</li><li><input type="checkbox"/> посвідчення особи з інвалідністю з дитинства</li><li><input type="checkbox"/> документи про освіту</li><li><input type="checkbox"/> трудова книжка (трудові книжки)</li><li><input type="checkbox"/> документи щодо нерухомого майна (зруйнованого житла тощо)</li><li><input type="checkbox"/> інше (зазначити) _____</li></ul> <p><input type="checkbox"/> <b>сприяння в отриманні медичної допомоги:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> екстрена (невідкладна) медична допомога</li><li><input type="checkbox"/> медичне втручання у разі травм</li><li><input type="checkbox"/> первинна медична допомога</li><li><input type="checkbox"/> спеціалізована медична допомога</li><li><input type="checkbox"/> реабілітаційна допомога</li><li><input type="checkbox"/> паліативна допомога</li><li><input type="checkbox"/> лікування, яке не можна переривати</li><li><input type="checkbox"/> інше (зазначити) _____</li></ul>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>сприяння в отриманні технічних або допоміжних засобів реабілітації:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> засоби пересування (милиці, ходунки, крісло колісне тощо)</li> <li><input type="checkbox"/> засоби для зору / слуху</li> <li><input type="checkbox"/> медичні пристрої (інсулінова помпа, інгалятор тощо)</li> <li><input type="checkbox"/> гігієнічні засоби (памперси, пелюшки тощо)</li> <li><input type="checkbox"/> інше (зазначити) _____</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> <b>сприяння в отриманні допомоги у сфері психічного здоров'я:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> психосоціальна допомога</li> <li><input type="checkbox"/> психологічна допомога</li> <li><input type="checkbox"/> психотерапія</li> <li><input type="checkbox"/> психологічна реабілітація</li> <li><input type="checkbox"/> психіатрична допомога</li> <li><input type="checkbox"/> інше (зазначити) _____</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> <b>сприяння в організації реабілітації для осіб з інвалідністю:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> психолого-педагогічна реабілітація</li> <li><input type="checkbox"/> професійна реабілітація</li> <li><input type="checkbox"/> фізкультурно-спортивна реабілітація</li> <li><input type="checkbox"/> соціальна реабілітація</li> <li><input type="checkbox"/> психологічна реабілітація</li> <li><input type="checkbox"/> інше (зазначити) _____</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> <b>сприяння в отриманні безоплатної правничої допомоги:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> безоплатна первинна правнича допомога</li> <li><input type="checkbox"/> безоплатна вторинна правнича допомога</li> <li><input type="checkbox"/> інше (зазначити) _____</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> <b>сприяння в оформленні різних видів державної допомоги</b></li> <li><input type="checkbox"/> <b>сприяння в отриманні соціальних послуг</b></li> <li><input type="checkbox"/> <b>сприяння в отриманні матеріальної / фінансової підтримки (у т. ч. за рахунок місцевих програм, благодійна допомога тощо)</b></li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>сприяння в організації санаторно-курортного лікування</b></li> <li><input type="checkbox"/> <b>сприяння в отриманні банківських послуг:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> відкриття банківського рахунка та отримання банківської картки</li> <li><input type="checkbox"/> відновлення банківського рахунка та банківської картки</li> <li><input type="checkbox"/> інше (зазначити) _____</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> <b>сприяння у вирішенні житлових питань:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> пошук допомоги у відновленні пошкодженого житла</li> <li><input type="checkbox"/> пошук орендованого житла</li> <li><input type="checkbox"/> допомога в отриманні підтримки з державних або місцевих програм надання житла</li> <li><input type="checkbox"/> інше (зазначити) _____</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> <b>сприяння у працевлаштуванні / самозайнятості</b></li> <li><input type="checkbox"/> <b>сприяння у влаштуванні:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> житло родичі</li> <li><input type="checkbox"/> орендоване житло</li> <li><input type="checkbox"/> модульне містечко</li> <li><input type="checkbox"/> місце тимчасового проживання</li> <li><input type="checkbox"/> інше (зазначити) _____</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> <b>сприяння у переміщенні:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> спеціальний транспорт (у разі потреби)</li> <li><input type="checkbox"/> пасажирський транспорт (автомобільний, залізничний)</li> <li><input type="checkbox"/> супровід під час переміщення (у разі потреби)</li> <li><input type="checkbox"/> перевезення вантажу (у разі потреби)</li> <li><input type="checkbox"/> переїзд (переміщення) (в т. ч. допомога в купівлі квитків / пошуку автотранспорту тощо)</li> <li><input type="checkbox"/> інше (зазначити) _____</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> <b>інше (зазначити) _____</b></li> </ul> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Назва соціальної послуги Притулок

Надавач послуги \_\_\_\_\_

(найменування надавача соціальних послуг)

№	Очікувані результати <sup>1</sup>	Основні заходи <sup>2</sup> , необхідні для досягнення результату	Термін виконання	Відповідальні за виконання	Стан виконання <sup>3</sup>	Примітки
1		1.				
		2.				
		3.				
2		1.				
		2.				
		3.				
3		1.				
		2.				
		3.				
4		1.				
		2.				
		3.				

<sup>1</sup>Очікувані результати формулюються у вигляді чіткого досягнення цілі, наприклад, ціль “Сприяння в задоволенні першочергових / базових потреб” – очікуваний результат “Задоволено базові потреби”. Уточнення конкретного переліку цілей (наприклад, “Засоби гігієни”, “Встановлення зв’язку з членами сім’ї / родини / близькими”, “Переїзд (переміщення)” здійснюється у формулюванні відповідного заходу у графі “Основні заходи, необхідні для досягнення результату”.

У переліку очікуваних результатів має міститися “Переміщення до визначеного місця” (за адресою, зазначеною у графі “Стан виконання”), при цьому у графі “Основні заходи, ...” має зазначатись інформація про спосіб переміщення (спеціальний транспорт, супровід під час транспортування), додаткові потреби (перевезення вантажу тощо)

<sup>2</sup>Зміст заходів формулюється виходячи з цілей, визначених у таблиці вище. Заходи мають бути конкретними, виконуваними, чітко сформульованими (напр., 1. Організація щотижневого надання гігієнічного набору; 1. Пошук контактів та місцезнаходження родичів, 2. Проведення бесіди з родичами з метою відновлення зв’язку з отримувачем / ПБ та організація їхнього спілкування; 1. Визначення можливості переїзду отримувача / ПБ до родичів шляхом трьохсторонніх перемовин). Варто уникати формулювань “сприяння”, “надання допомоги”.

<sup>3</sup>У графі “Стан виконання” зазначаються результати виконання заходів, яких досягнуто, з урахуванням термінів виконання таких заходів.

У графі “Стан виконання” стосовно очікуваного результату “Переміщення до визначеного місця” зазначається адреса місця переміщення. Місце переміщення має бути вибрано після розгляду всіх можливих варіантів переміщення отримувача та остаточного узгодження обраного варіанта з отримувачем та третьою стороною. Адреса місця переміщення також зазначається в акті повторного проведення поглибленого (спеціального) оцінювання потреб у блоці „житлове забезпечення”. Адреса місця переміщення має містити таку інформацію: регіон (область), місто / село / селище, вулиця / проспект / бульвар тощо, номер будинку, номер квартири.

#### Відповідальні за виконання:

##### Спеціалісти, залучені до реалізації індивідуального плану

Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)	Посада	Контактний телефон	Примітки

#### Отримувач / отримувачі послуги

Я отримав індивідуальний план, погоджуюся з його змістом і сприятиму його виконанню

так  ні

так  ні

так  ні

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(родинний зв'язок)

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

(підпис)

(дата)

#### Спеціалісти, які надаватимуть підтримку за місцем переміщення та інтеграції<sup>4</sup>

Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності)	Місце роботи	Посада	Адреса місця роботи (фактична)	Контактний телефон

<sup>4</sup>Зазначаються спеціалісти / відповідальні особи, яким передано інформацію про отримувача (зокрема, результати повторного проведення поглибленого (спеціального) оцінювання потреб та індивідуальний план) за місцем переміщення та інтеграції залежно від способу переміщення.

Зокрема, у разі:

самостійного переміщення за обраним місцем проживання (обласна / Київська міська державна адміністрація, виконавчий орган сільської / селищної / міської / районної у місті ради, тимчасове місце перебування, закладі охорони здоров'я, надавач соціальних послуг, санаторно-курортний заклад тощо) в залежності від обраного способу переміщення (самостійне переміщення за обраним місцем проживання; переселення до місць тимчасового проживання; направлення до закладів охорони здоров'я та закладів соціального захисту відповідно до законодавства)

До закінчення строку виконання індивідуального плану

Коментарі \_\_\_\_\_

**Соціальний працівник, який надає послугу**

\_\_\_\_\_  
(підпис)

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

\_\_\_\_\_ 20\_\_ року  
(дата)

\_\_\_\_\_