**ё**

**УКРАЇНА**

**ОДЕСЬКА ОБЛАСНА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ**

**ДЕПАРТАМЕНТ СОЦІАЛЬНОЇ ТА СІМЕЙНОЇ ПОЛІТИКИ**

**НАКАЗ**

**26 квітня 2021 року м. Одеса № 67**

|  |
| --- |
| *Зареєстровано в Південному міжрегіональному управлінні Міністерства юстиції (м. Одеса)**від 05.05.2021 за № 77/334* |

**Про затвердження Порядку надання щомісячних стипендій особам з інвалідністю, які брали участь у забезпеченні проведення антитерористичної операції, учасникам бойових дій з інвалідністю загального захворювання 1 групи, які брали участь у забезпеченні проведення антитерористичної операції, а також їх дітям до досягнення ними 18-річного віку (за рахунок коштів одного із бюджетів)**

Відповідно до підпункту 4 пункту 5, підпункту 11 пункту 10 Положення про Департамент соціальної та сімейної політики Одеської обласної державної адміністрації, затвердженого розпорядженням голови обласної державної адміністрації від 06.02.2017 № 74/А-2017 (зі змінами), обласної комплексної програми соціальної підтримки населення на 2021 – 2023 роки «Соціальний захист населення в Одеській області», затвердженої рішенням Одеської обласної ради від 24 грудня 2020 року № 38–VIII (зі змінами), з метою впровадження механізму надання щомісячних стипендій особам з інвалідністю, які брали участь у забезпеченні проведення антитерористичної операції, учасникам бойових дій з інвалідністю загального захворювання 1 групи, які брали участь у забезпеченні проведення антитерористичної операції, а також їх дітям до досягнення ними 18-річного віку (за рахунок коштів одного із бюджетів**)**

**НАКАЗУЮ:**

1. Затвердити Порядок надання щомісячних стипендій особам з інвалідністю, які брали участь у забезпеченні проведення антитерористичної операції, учасникам бойових дій з інвалідністю загального захворювання 1 групи, які брали участь у забезпеченні проведення антитерористичної операції, а також їх дітям до досягнення ними 18-річного віку (за рахунок коштів одного із бюджетів), що додається.

2. Визнати таким, що втратив чинність, наказ Департаменту соціальної та сімейної політики Одеської обласної державної адміністрації від 03 квітня
2018 року № 67 «Про затвердження Порядку надання щомісячної стипендії особам з інвалідністю з числа військовослужбовців, воїнів-добровольців та співробітників правоохоронних органів, які брали участь у проведення антитерористичної операції на Сході України, та їхнім дітям до досягнення ними 18-річного віку», зареєстрований в Головному територіальному управлінні юстиції в Одеській області від 19 квітня 2018 року № 34/1407.

3. Наказ набирає чинності з дня його офіційного опублікування.

**Директор Лілія КОВАЛЕНКО**

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Департаменту соціальної та сімейної політики Одеської обласної державної адміністрації

від \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_

**ПОРЯДОК**

**надання щомісячних стипендій особам з інвалідністю, які брали участь у забезпеченні проведення антитерористичної операції, учасникам бойових дій з інвалідністю загального захворювання 1 групи, які брали участь у забезпеченні проведення антитерористичної операції, а також їх дітям до досягнення ними 18-річного віку (за рахунок коштів одного із бюджетів)**

**І. Загальні положення**

1. Порядок надання щомісячних стипендій особам з інвалідністю, які брали участь у забезпеченні проведення антитерористичної операції, учасникам бойових дій з інвалідністю загального захворювання 1 групи, які брали участь у забезпеченні проведення антитерористичної операції, а також їх дітям до досягнення ними 18-річного віку (за рахунок коштів одного із бюджетів**)** (далі – Порядок), розроблений відповідно до підпункту 4 пункту 5, підпункту 11 пункту 10 Положення про Департамент соціальної та сімейної політики Одеської обласної державної адміністрації, затвердженого розпорядженням голови Одеської обласної державної адміністрації від 06.02.2017 № 74/А-2017 (зі змінами), обласної комплексної програми соціальної підтримки населення на 2021-2023 роки «Соціальний захист населення в Одеській області», затвердженої рішенням Одеської обласної ради від 24 грудня 2020 року № 38-VIIІ (зі змінами) (далі – Програма), визначає механізм надання щомісячних стипендій особам з інвалідністю, які брали участь у забезпеченні проведення антитерористичної операції, учасникам бойових дій з інвалідністю загального захворювання 1 групи, які брали участь у забезпеченні проведення антитерористичної операції, а також їх дітям до досягнення ними 18-річного віку (за рахунок коштів одного із бюджетів**).**

2. У цьому Порядку терміни вживаються у такому значенні:

«заявник» - особа з інвалідністю внаслідок війни, яка брала участь у проведенні антитерористичної операції, учасник бойових дій з інвалідністю від загального захворювання 1 групи, який брав участь у забезпеченні проведення антитерористичної операції;

«стипендія» - щомісячна виплата, яка надається особам з інвалідністю внаслідок війни, які брали участь у забезпеченні проведення антитерористичної операції, учасникам бойових дій з інвалідністю загального захворювання 1 групи, які брали участь у забезпеченні проведення антитерористичної операції, а також їх дітям до досягнення ними 18-річного віку (за рахунок коштів одного із бюджетів**);**

3. Головним розпорядником бюджетних коштів для призначення та надання стипендії є Департамент соціальної та сімейної політики Одеської обласної державної адміністрації (далі – Департамент).

4. Розпорядником коштів нижчого рівня є комунальна установа Одеський обласний центр реабілітації змішаного типу для інвалідів і дітей-інвалідів «Стратегія життя».

5. Персональні дані осіб, отримані у зв`язку з реалізацією цього Порядку, збираються, обробляються та використовуються відповідно до Закону України «Про захист персональних даних».

**ІІ. Умови та порядок надання стипендій**

1. Стипендія надається заявникам, які проживають та зареєстровані на території Одеської області.

2. Для призначення стипендії заявник подає до Департаменту заяву (додаток 1) та документи, визначені підпунктами 1-6 пункту 3 розділу ІІ Порядку.

3. До заяви додаються:

1) копія паспорта громадянина України або паспорта у формі ІD - картки з безконтактним електронним носієм та витяг з Єдиного державного демографічного реєстру або довідка про реєстрацію місця проживання особи;

2) копія довідки про реєстраційний номер облікової картки платника податків заявника (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовились від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку у паспорті, – копія відповідної сторінки паспорта);

3) згода заявника на обробку та використання персональних даних за формою (додаток 3);

4) копія довідки медико-соціальної експертної комісії (МСЕК), що підтверджує інвалідність та визначає її причину;

5) копія посвідчення особи з інвалідністю внаслідок війни або учасника бойових дій;

6) реквізити особового банківського рахунку (за наявності).

4. У разі звернення заявника із заявою на користь дитини (додаток 2) до документів, визначених підпунктами 1-6 пункту 3 розділу II Порядку, надається копія свідоцтва про народження кожного із дітей заявника.

5. Департамент протягом двох робочих днів передає надані заявником документи розпоряднику коштів нижчого рівня.

6. Розпорядник коштів нижчого рівня, за наявності документів, визначених підпунктами 1-6 пункту 3 та пункту 4 розділу ІІ Порядку формує справу заявника та протягом 15 календарних днів подає її на розгляд обласної координаційної ради з питань соціальної підтримки населення (далі – Рада).

7. Рада приймає рішення про призначення стипендії або відмову у її призначенні протягом одного місяця з дня звернення заявника.

8. Стипендія призначається щомісяця в таких розмірах, визначених Програмою:

особам з інвалідністю внаслідок війни 1 групи та учасникам бойових дій з інвалідністю від загального захворювання 1 групи – 2000 (дві тисячі) гривень;

особам з інвалідністю внаслідок війни 2-3 групи, які брали безпосередню участь у забезпеченні проведення антитерористичної операції, – 1500 (одна тисяча п’ятсот) гривень;

на кожну дитину до досягнення 18-річного віку – 500 (п’ятсот) гривень.

9. Рішення Ради оформлюється протоколом, який не пізніше трьох робочих днів передається Департаменту.

10. Після отримання рішення Ради про призначення стипендії Департамент у 5-денний строк видає наказ про надання стипендії, який направляється розпоряднику коштів нижчого рівня. Розпорядник коштів нижчого рівня інформує заявника про призначення стипендії.

У разі відмови у призначенні стипендії розпорядник коштів нижчого рівня у 5-денний строк надсилає заявнику повідомлення із зазначенням причини відмови.

11. Стипендія призначається з місяця звернення заявника.

12. Рада відмовляє у призначенні допомоги у випадках:

1) встановлення неналежності особи до заявника;

2) смерті заявника;

3) надходження інформації про отримання аналогічної виплати за рахунок коштів іншого бюджету.

**III. Виплата стипендії**

1. Виплата стипендії здійснюється на підставі наказу Департаменту одним із таких способів:

1) шляхом перерахунку на особовий банківський рахунок заявника;

2) поштовим переказом за місцем проживання заявника.

2. Виплата стипендії здійснюється з моменту надходження коштів з бюджету Одеської області на рахунок розпорядника коштів нижчого рівня.

3. Виплата стипендії припиняється у разі:

1) смерті заявника;

2) втрати статусу інваліда війни внаслідок війни або учасника бойових дій;

3) надходження інформації про отримання аналогічної виплати за рахунок коштів іншого бюджету.

**Заступник директора Департаменту –**

**начальник управління соціальних послуг**

**Департаменту соціальної та сімейної**

**політики Одеської обласної державної**

**адміністрації Олексій РЕВЯКІН**

|  |
| --- |
| Додаток 1До Порядку надання щомісячних стипендій особам з інвалідністю, які брали участь у забезпеченні проведення антитерористичної операції, учасникам бойових дій з інвалідністю загального захворювання 1 групи, які брали участь у забезпеченні проведення антитерористичної операції, а також їх дітям до досягнення ними 18-річного віку (за рахунок коштів одного із бюджетів)(пункт 2 розділу ІІ)Директору Департаменту соціальної та сімейної політики Одеської обласної державної адміністрації\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(прізвище, ім’я, по батькові у родовому відмінку)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адреса фактичного проживання (населений пункт, вулиця, будинок, корпус, квартира)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(номер телефону) |

Заява

Прошу призначити мені,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (прізвище, ім’я, по батькові)

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

 (категорія заявника)

щомісячну стипендію як особі з інвалідністю/учаснику бойових з інвалідністю від загального захворювання 1 групи, який брав участь у забезпеченні проведення антитерористичної операції.

1) За отриманням щомісячної стипендії як особа з інвалідністю/учасник бойових дій з інвалідністю від загального захворювання 1 групи до інших органів державної влади та місцевого самоврядування не звертався/не зверталась.

2) Мені відомо, що зазначену виплату я маю право отримувати за рахунок коштів одного із місцевих бюджетів.

3) Наведена інформація є достовірною.

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ рік \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (підпис заявника)

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

|  |
| --- |
| Додаток 2До Порядку надання щомісячних стипендій особам з інвалідністю, які брали участь у забезпеченні проведення антитерористичної операції, учасникам бойових дій з інвалідністю загального захворювання 1 групи, які брали участь у забезпеченні проведення антитерористичної операції, а також їх дітям до досягнення ними 18-річного віку (за рахунок коштів одного із бюджетів)(пункт 4 розділу ІІ)Директору Департаменту соціальної та сімейної політики Одеської обласної державної адміністрації\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(прізвище, ім’я, по батькові у родовому відмінку)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адреса фактичного проживання (населений пункт, вулиця, будинок, корпус, квартира)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(номер телефону) |

Заява

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

 (прізвище, ім’я, по батькові)

прошу призначити щомісячну стипендію дитині \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (прізвище, ім’я, по батькові)

особи з інвалідністю/учаснику бойових з інвалідністю від загального захворювання 1 групи, який брав участь у забезпеченні проведення антитерористичної операції.

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ рік \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (підпис заявника)

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

|  |
| --- |
| Додаток 3До Порядку надання щомісячних стипендій особам з інвалідністю, які брали участь у забезпеченні проведення антитерористичної, учасникам бойових дій з інвалідністю загального захворювання 1 групи, які брали участь у забезпеченні проведення антитерористичної операції, а також їх дітям до досягнення ними 18-річного віку (за рахунок коштів одного із бюджетів) (підпункт 3 пункту 2 розділу ІІ)Директору Департаменту соціальної та сімейної політики Одеської обласної державної адміністрації\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(прізвище, ім’я, по батькові у родовому відмінку)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адреса фактичного проживання (населений пункт, вулиця, будинок, корпус, квартира)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(номер телефону) |
|  |

Згода

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

(прізвище, ім’я, по батькові)

надаю згоду на обробку моїх персональних даних відповідно до вимог Закону України «Про захист персональних даних» .

«\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ рік \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (підпис заявника)

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