



**УКРАЇНА**  
**ОДЕСЬКА ОБЛАСНА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ**  
**ДЕПАРТАМЕНТ СОЦІАЛЬНОЇ ТА СІМЕЙНОЇ ПОЛІТИКИ**

**НАКАЗ**

**19 грудня 2018 року**

**№ 281**

*Зареєстровано у Головному територіальному управлінні  
юстиції в Одеській області 21.12.2018 за № 88/1461*

**Про затвердження Порядку надання одноразової допомоги на проведення стоматологічного (хірургічного, терапевтичного) лікування, зубопротезування високотехнологічними матеріалами учасників антитерористичної операції, воїнів-добровольців за рахунок одного з 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 Одеської обласної державної адміністрації від 06.02.2017 № 74/А-2017, Обласної комплексної програми соціальної підтримки населення на 2018-2020 роки «Соціальний захист населення в Одеській області», затвердженої рішенням Одеської обласної ради від 21 грудня 2017 року № 578-VII (зі змінами), з метою впровадження механізму надання одноразової допомоги на проведення стоматологічного (хірургічного, терапевтичного) лікування, зубопротезування

високотехнологічними матеріалами учасників антитерористичної операції, воїнів-добровольців за рахунок одного з бюджетів

НАКАЗУЮ:

1. Затвердити Порядок надання одноразової допомоги на проведення стоматологічного (хірургічного, терапевтичного) лікування, зубопротезування високотехнологічними матеріалами учасників антитерористичної операції, воїнів-добровольців за рахунок одного з бюджетів (додається).

2. Наказ набирає чинності з дня його офіційного опублікування.

3. Контроль за виконанням наказу залишаю за собою.

Директор Департаменту

Л.В. Коваленко

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Департаменту соціальної та сімейної політики Одеської обласної державної адміністрації

19 грудня 2018 року № 281

*Зареєстровано у Головному територіальному управлінні юстиції в Одеській області 21.12.2018 за № 88/1461*

## **ПОРЯДОК**

**надання одноразової допомоги на проведення стоматологічного (хірургічного, терапевтичного) лікування, зубопротезування високотехнологічними матеріалами учасників антитерористичної операції, воїнів-добровольців за рахунок одного з бюджетів**

### **I. Загальні положення**

1. Порядок одноразової допомоги на проведення стоматологічного (хірургічного, терапевтичного) лікування, зубопротезування високотехнологічними матеріалами учасників антитерористичної операції, воїнів-добровольців за рахунок одного з 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, визначає механізм призначення та виплати одноразової допомоги на проведення стоматологічного (хірургічного, терапевтичного) лікування, зубопротезування високотехнологічними матеріалами учасників антитерористичної операції, воїнів-добровольців за рахунок одного з бюджетів.

2. У цьому Порядку терміни вживаються у такому значенні:

«заявник» - особа з числа учасників антитерористичної операції, воїнів-добровольців;

«допомога» – разова виплата, що надається громадянам з числа учасників антитерористичної операції, воїнів-добровольців на проведення стоматологічного (хірургічного, терапевтичного) лікування, зубопротезування високотехнологічними матеріалами у разі неможливості лікування і протезування за кошти державного бюджету; надання допомоги на лікування і протезування у комунальних підприємствах обласного (за рахунок обласного бюджету) або місцевого (за рахунок місцевих бюджетів) підпорядкування.

3. Головним розпорядником бюджетних коштів для призначення та надання допомоги відповідно до цього Порядку 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».

## **II. Умови та порядок призначення допомоги**

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

2. Для отримання допомоги заявник подає до Департаменту заяву за формою, наведеною у додатку 1 до Порядку, та документи, визначені підпунктами 1-6 пункту 3 розділу II зазначеного Порядку.

3. До заяви додаються:

1) копія паспорта заявника;

2) копія довідки про реєстраційний номер облікової карти 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, – копію відповідної сторінки паспорта);

3) згода заявника на обробку та використання персональних даних за формою, наведеною у додатку 3 до цього Порядку;

4) документ, що підтверджує статус воїна-добровольця або учасника антитерористичної операції;

5) документи щодо вартості стоматологічного (хірургічного, терапевтичного) лікування, зубопротезування високотехнологічними матеріалами;

6) документ медичного закладу, що підтверджує неможливість стоматологічного (хірургічного, терапевтичного) лікування, зубопротезування за рахунок державного бюджету;

7) документ, який підтверджує, що заявник не отримував допомогу на проведення стоматологічного (хірургічного, терапевтичного) лікування, зубопротезування за рахунок державного бюджету;

8) реквізити особового банківського рахунку (за наявності).

4. Документи, надані заявником, не пізніше наступного робочого дня надсилаються розпоряднику коштів нижчого рівня для попередньої перевірки на наявність повного пакету документів.

5. Розпорядник коштів нижчого рівня за наявності повного пакету документів формує справу заявника та протягом 15 календарних днів подає її на розгляд обласної координаційної ради з питань соціальної підтримки населення (далі – Рада).

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

7. Максимальний розмір допомоги не може перевищувати 30000 гривень.

8. Рішення Ради оформлюється протоколом, який не пізніше наступного дня передається Департаменту.

9. Після отримання рішення Ради, Департамент у 5-денний строк:

1) видає наказ Департаменту про надання допомоги на проведення стоматологічного (хірургічного, терапевтичного) лікування, зубопротезування високотехнологічними матеріалами учасників антитерористичної операції, воїнів-добровольців за рахунок одного з бюджетів, який направляє розпоряднику коштів нижчого рівня, та одночасно повідомляє заявника;

2) у разі відмови у наданні допомоги надсилає заявнику повідомлення із зазначенням причини відмови.

10. Допомога призначається з моменту видання наказу Департаментом.

11. Рада відмовляє у призначенні допомоги у випадках:

1) встановлення неналежності особи до категорії заявників;

2) у разі смерті заявника.

### **III. Порядок виплати допомоги**

1. Виплата допомоги здійснюється на підставі наказу Департаменту в один із таких способів:

1) шляхом перерахунку на особовий банківський рахунок заявника;

2) поштовим переказом за місцем проживання заявника.

2. Виплата допомоги здійснюється з моменту надходження коштів з обласного бюджету на рахунок розпорядника коштів нижчого рівня.

**Заступник директора Департаменту – начальник  
управління фінансово-господарського забезпечення**

**О.К. Албул**

Додаток 1

до Порядку надання одноразової допомоги на проведення стоматологічного (хірургічного, терапевтичного) лікування, зубопротезування високотехнологічними матеріалами учасників антитерористичної операції, воїнів-добровольців за рахунок одного з бюджетів (пункт 2 розділу II)

Директору Департаменту соціальної та сімейної політики Одеської обласної державної адміністрації \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ (адреса фактичного проживання (населений пункт, вулиця, будинок, корпус, квартира))

\_\_\_\_\_ (номер телефону)

Заява

Прошу надати мені, \_\_\_\_\_,

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

\_\_\_\_\_ (категорія заявника)

одноразову допомогу на \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (вид допомоги)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ рік

\_\_\_\_\_ (дата)

\_\_\_\_\_ (підпис заявника)



## Додаток 2

до Порядку надання одноразової допомоги на проведення стоматологічного (хірургічного, терапевтичного) лікування, зубопротезування високотехнологічними матеріалами учасників антитерористичної операції, воїнів-добровольців за рахунок одного з бюджетів (пункту 5 розділу II)

Директору Департаменту соціальної та сімейної політики Одеської обласної державної адміністрації \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(прізвище, ім'я та по батькові)

\_\_\_\_\_

(адреса фактичного проживання (населений пункт, вулиця, будинок, корпус, квартира)

\_\_\_\_\_

(номер телефону)

Згода

Я, \_\_\_\_\_,

(прізвище, ім'я та по батькові)

надаю згоду на обробку моїх персональних даних відповідно до вимог Закону України «Про захист персональних даних» для призначення та надання одноразової допомоги на проведення стоматологічного (хірургічного, терапевтичного) лікування, зубопротезування високотехнологічними матеріалами як \_\_\_\_\_,

(категорія заявника)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ рік

(дата)

\_\_\_\_\_

(підпис заявника)