

ЗАТВЕРДЖЕНО

Рішення Вараської міської ради

_____ року № _____

ПОРЯДОК

відшкодування витрат на проведення зубопротезування Захисників і Захисниць України та членів сімей загиблих (померлих) Захисників і Захисниць України №7100-П-12

1. Цей порядок визначає механізм відшкодування витрат на проведення зубопротезування Захисників і Захисниць України та членів сімей загиблих (померлих) Захисників і Захисниць України.

2. Право на отримання зубопротезування мають:

- учасники бойових дій, особи з інвалідністю внаслідок війни, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України і брали безпосередню участь в антитерористичній операції, забезпеченні її проведення, перебуваючи безпосередньо в районах АТО/ООС у період її проведення, у здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії російської федерації у Донецькій та Луганській областях, забезпеченні їх здійснення, перебуваючи безпосередньо в районах та у період здійснення зазначених заходів, у заходах необхідних для забезпечення оборони України, захисту безпеки населення та інтересів держави у зв'язку з військовою агресією російської федерації проти України (далі – Захисники і Захисниці);

- члени сімей загиблих (померлих) Захисників і Захисниць України (далі – члени сімей загиблих), а саме: утриманці загиблого, яким у зв'язку з цим виплачується пенсія; батьки; один з подружжя, який не одружився вдруге, незалежно від того, виплачується йому пенсія чи ні; діти, які не мають (і не мали) своїх сімей; діти, які мають свої сім'ї, але стали особами з інвалідністю до досягнення повноліття; діти, обоє з батьків яких загинули.

3. Право на відшкодування витрат на проведення зубопротезування надається Захисникам і Захисницям та членам сімей загиблих, які зареєстровані та проживають на території Вараської міської територіальної громади не менше дванадцяти місяців до дня звернення.

4. Відшкодування витрат на проведення зубопротезування Захисникам і Захисницям та членам сімей загиблих надається одноразово.

5. Для постановки на чергу Захисників і Захисниць та членів сімей загиблих, департаментом соціального захисту та гідності виконавчого комітету Вараської міської ради (далі – Департамент) ведеться реєстр таких осіб (далі – Реєстр) (Додаток 1 до Порядку).

6. Реєстрація проводиться при особистому зверненні за письмовою заявою (Додаток 2 до Порядку) Захисників і Захисниць та членів сімей загиблих через



подання необхідних документів в Департамент. Для внесення даних до Реєстру заявником надаються:

- копія паспорта у формі книжечки або копія паспорта у формі пластикової картки типу ID-1 (лицьового та зворотного боку);
- витяг з реєстру територіальної громади, що підтверджує реєстрацію місця проживання заявника;
- копія довідки про присвоєння реєстраційного номера облікової картки платника податків або, якщо особа через свої релігійні переконання відмовилася від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомила про це відповідний контролюючий орган, копія сторінки паспорта, де є відмітка про наявність у неї права здійснювати будь-які платежі за серією та номером паспорта заявника;
- документ про безпосередню участь у бойових діях (за формою згідно з додатком 6 Порядку надання та позбавлення статусу учасника бойових дій, затвердженого Постановою Кабінету міністрів України від 20 серпня 2014 р. № 413 (зі змінами);
- копію посвідчення «Учасник бойових дій» та/або «Особа з інвалідністю внаслідок війни» (за наявності);
- копія документу, що підтверджує наявність статусу члена сім'ї загиблого;
- консультаційний висновок спеціаліста (форма первинної облікової документації № 028/о).

7. Зубопротезування проводиться Захисникам і Захисницям та членам сімей загиблих суб'єктами господарювання, які надають стоматологічні послуги згідно ліцензійних умов, зареєстровані та/або надають стоматологічні послуги на території Вараської міської територіальної громади (далі – Надавач послуг) згідно з Реєстром у межах коштів, затверджених в міському бюджеті на поточний рік.

8. Лікування зубів проводиться Надавачами послуг відповідно до складеного плану стоматологічних робіт лікування.

9. Ведення Реєстру осіб, які мають право на зубопротезування, забезпечення дотримання черговості в частині зубопротезування здійснює Департамент. Надавач послуг веде «Журнал реєстрації осіб, яким надані послуги зубопротезування» (Додаток 3 до Порядку).

10. Відповідальність за оформлення документів, та порядок черговості Захисників і Захисниць та членів сімей загиблих, несе Департамент, за якість надання послуг з лікування зубів – Надавач послуг.

11. Захисники і Захисниці, члени сімей загиблих, які скористались правом на зубопротезування у повному обсязі виділеної на одну особу суми коштів, але потребують протезування інших зубів, мають право сплатити різницю у вартості зубопротезування за власні кошти.

12. Головним розпорядником бюджетних коштів є Департамент соціального захисту та гідності виконавчого комітету Вараської міської ради.



13. Надавач послуг подає до Департаменту щомісяця до 25 числа за поточний місяць акти виконаних робіт (Додаток 4 до Порядку).

14. Бюджетні кошти спрямовуються Департаментом на відшкодування зубопротезування шляхом безготівкового перерахування коштів на розрахунковий рахунок Надавача послуг за надані послуги відповідно до акту виконаних робіт (зубопротезування).

15. Відшкодування витрат на зубопротезування Захисників і Захисниць та членів сімей загиблих Надавачем послуг здійснюється відповідно до розпису бюджетних асигнувань.

16. Відповідальність за подання недостовірних відомостей та нецільове використання коштів несуть заявник та Надавач послуг.

Міський голова

Олександр МЕНЗУЛ



Реєстр осіб, які мають право на послуги зубопротезування

№ з/п	П.І.Б. особи, яка має право на послуги	Дата народження	Адреса реєстрації місця проживання	Категорія пільговика та номер посвідчення, що дає право на зубопротезування	Контактні дані (№ моб. телефону)
1	2	3	4	5	6



Директору департаменту соціального захисту та гідності виконавчого комітету Вараської міської ради

_____ (прізвище, ім'я, по батькові)

адреса: _____

телефон: _____

ЗАЯВА

про постановку на чергу для зубопротезування

Прошу поставити мене на чергу для зубопротезування, так як я потребую послуг із зубопротезування. Маю статус _____

У разі перевищення вартості лікування зубів більше ніж 15000,00 (п'ять тисяч) гривень погоджуюсь на доплату коштів за власний рахунок.

До заяви додаю такі документи:

Дата

Підпис

Дата прийому заяви, реєстраційний номер заяви, підпис відповідального працівника

Лінія відрізу

Розписка про прийом документів на чергу для лікування зубів

Мною, _____, прийняті документи _____ (дата)
_____ (підпис).



ЖУРНАЛ
реєстрації осіб, яким надані послуги зубопротезування

№ з/п	Дата реєстрації	П.І.Б. особи, якій надано послуги	Дата народження	Адреса реєстрації місця проживання	Категорія пільговика та № посвідчення, що дає право на зубопротезування	Підпис особи, якій надано послуги
1	2	3	4	5	6	7



А К Т
виконаних робіт (стоматологічне зубопротезування)
за _____ місяць _____ рік

№ з/п	П. І. Б. особи, якій надана послуга	Категорія пільговика та № пільгового посвідчення, що дає право на зубопротезування	Найменування послуг	Сума грн.
1	2	3	4	5
Всього:				

Гол. лікар:

_____ (підпис)

_____ (прізвище, ім'я)

Гол. бухгалтер:

_____ (підпис)

_____ (прізвище, ім'я)

М. П.

