

ЗАТВЕРДЖЕНО

Рішення виконавчого комітету
Вараської міської ради

№ _____

ПОРЯДОК
надання адресної матеріальної допомоги особам, які потребують
дороговартісного лікування
№ 7160-ПК-10

1. Цей Порядок розроблено на виконання Програми соціальної допомоги та підтримки мешканців на 2024-2026 роки №7100-ПР-3, затвердженої рішенням Вараської міської ради від 25 жовтня 2023 №2103-РР-VIII та визначає механізм призначення та виплати адресної матеріальної допомоги особам, які потребують дороговартісного лікування (далі – матеріальна допомога).

2. Порядок поширюється на осіб, які зареєстровані на території Вараської міської територіальної громади не менше дванадцяти місяців до дня звернення.

Дія Порядку також поширюється на дітей віком до дванадцяти місяців, які після народження були зареєстровані на території Вараської міської територіальної громади.

3. Згідно із цим Порядком матеріальна допомога надається особам, які:

- перенесли дороговартісні травматологічні оперативні втручання в тому числі з використанням дороговартісних металоконструкцій;
- слухопротезовані за умови проведення імплантації;
- перенесли оперативні втручання на магістральних судинах та судинах головного мозку;
- потребують трансплантації органів;
- потребують дороговартісного лікування цирозу печінки;
- потребують дороговартісного оснащення для СРАР терапії в амбулаторних умовах;
- проведено протезування суглобів;
- проведено лікування кардіологічних захворювань інтервенційними та хірургічними методами;
- хворіють на важкі орфанні захворювання;
- хворіють на онкологічні захворювання та яким проведено оперативні втручання;
- хворіють на онкологічні захворювання та яким проведено хіміотерапію лікарськими засобами, що не включені в пакет Програми медгарантій у закладах, що підписали договір з Національною службою здоров'я України;
- хворіють на онкологічні захворювання та пройшли курс променевої терапії;



хворіють на онкологічні захворювання та пройшли курс лікування радіоактивним йодом;

мають захворювання «Міастенія»;

мають захворювання «Розсіяний склероз»;

мають захворювання «Хвороба Паркінсона»;

мають захворювання «Пертеса»;

мають захворювання «Хвороба Крона»;

дітям до 18 років, які потребують очного протезування.

4. Для отримання матеріальної допомоги особа або її законний представник звертається до Вараського центру соціальних служб та послуг із заявою згідно додатку до Порядку та з відповідними документами передбаченими пунктом 5 цього Порядку.

5. До заяви додаються:

копія паспорта громадянина України або інший документ, який підтверджує особу заявника;

копія свідоцтва про народження дитини (за потреби);

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;

витяг з реєстру територіальної громади, що підтверджує реєстрацію місця проживання заявника;

рішення лікарсько-консультативної комісії комунального некомерційного підприємства Вараської міської ради «Вараська багатoproфільна лікарня» або рішення лікарсько-консультативної комісії комунального некомерційного підприємства Вараської міської ради «Вараський центр первинної медичної допомоги» про те, що особа потребує дороговартісного лікування та віднесена до однієї з категорій, визначених пунктом 6 цього Порядку;

копія виписки із історії хворого (епікриз або консультативний висновок);

довідка з установи банку за реквізитами для проведення перерахування коштів .

6. Матеріальна допомога надається на підставі наказу директора Вараського центру соціальних служб та послуг шляхом перерахування коштів на банківський рахунок особи, яка звернулася за отриманням матеріальної допомоги, дітям до 18 років – на банківські рахунки одного із батьків або особи, яка є уповноваженою представляти їх інтереси.

7. Матеріальна допомога надається один раз на рік в розмірі 10 000 (десять тисяч) гривень.



8. Фінансування витрат на виплату матеріальної допомоги здійснюється за рахунок коштів бюджету Вараської міської територіальної громади в межах виділених асигнувань на відповідний рік.

9. Відповідальність за подання недостовірних відомостей несе особисто заявник.

Міський голова

Олександр МЕНЗУЛ



Додаток до Порядку 7160-ПК-10
(пункт 4)

Директору Вараського центру соціальних
служб та послуг
Світлані ПАШКО

(ПІБ заявника)

Адреса: _____

Номер телефону: _____

ЗАЯВА

про надання адресної матеріальної допомоги на дороговартісне лікування

Прошу надати мені/моїй дитині _____
матеріальну допомогу на дороговартісне лікування.

Кошти перерахувати на банківський рахунок:

До заяви додаю:

- копію паспорта громадянина України або інший документ, що підтверджує особу заявника;
- копію свідоцтва про народження дитини (за потреби);
- копію 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;
- витяг з реєстру територіальної громади, що підтверджує реєстрацію місця проживання заявника;
- рішення лікарсько-консультативної комісії комунального некомерційного підприємства Вараської міської ради «Вараська багатопрофільна лікарня» про те, що особа потребує дороговартісного лікування та віднесена до однієї з категорій, визначених пунктом 6 цього Порядку;
- рішення лікарсько-консультативної комісії комунального некомерційного підприємства Вараської міської ради «Вараський центр первинної медичної допомоги» про те, що особа потребує дороговартісного лікування та віднесена до однієї з категорій, визначених пунктом 6 цього Порядку;
- копію виписки із історії хворого (епікриз або консультативний висновок);
- довідку з установи банку за реквізитами для проведення перерахування коштів.

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

Я, _____,
несу відповідальність за достовірність наданої інформації.

« ____ » _____ 20__ року

(підпис)

(дата прийому заяви, реєстраційний номер заяви, підпис особи, що прийняла документи)



Виконавчий комітет Вараської міської ради
№ 119-РВ-24 від 05.04.2024
Підписання МІСЬКИЙ ГОЛОВА М.ВАРАШ
МЕНЗУЛ ОЛЕКСАНДР ПАВЛОВИЧ
5E984D526F82F38F040000000BC2301E0AA7404