

ЗАТВЕРДЖЕНО

Рішення виконавчого комітету

Вараської міської ради

№ _____

ПОРЯДОК

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

1. Цей Порядок 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.

3. Згідно із цим Порядком матеріальна допомога надається особам, які потребують дороговартісного лікування, а саме:

хворим на важкі орфанні захворювання;

хворим, яким проведено лікування кардіологічних захворювань інтервенційними та хірургічними методами;

хворим на онкологічні захворювання, яким проведено оперативні втручання;

хворим на онкологічні захворювання, яким проведено хіміотерапію лікарськими засобами, що не включені в пакет Програми медгарантій у закладах, що підписали договір з Національною службою здоров'я України;

хворим на онкологічні захворювання, які пройшли курс променевої терапії;

хворим на онкологічні захворювання, які пройшли курс лікування радіоактивним йодом;

особам із захворюванням «Міастенія»;

хворим, які перенесли дороговартісні травматологічні оперативні втручання в тому числі з використанням дороговартісних металоконструкцій;

особам, яким проведено протезування суглобів;

особам із захворюванням «Хвороба Крона»;

особам, які перенесли оперативні втручання на магістральних судинах та судинах головного мозку;

особам із захворюванням «Розсіяний склероз»;

хворим, які слухопротезовані за умови проведення імплантації;

особам із захворюванням «Хвороба Паркінсона»;

хворим, які потребують трансплантації органів;

хворим, які потребують дороговартісного лікування цирозу печінки;

особам із захворюванням «Пертеса»;

дітям до 18 років, які потребують очного протезування;

хворим, які потребують дороговартісного оснащення для СРАР терапії

в амбулаторних умовах



Виконавчий комітет Вараської міської ради
№ 43-ПРВ-24-7160 від 05.02.2024
Підписання МІСЬКИЙ ГОЛОВА М.ВАРАШ
МЕНЗУЛ ОЛЕКСАНДР ПАВЛОВИЧ
5E984D526F82F38F040000000BC2301E0AA7404

міської ради
5.02.2024



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 багатопрофільна 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
(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)



Виконавчий комітет Вараської міської ради
№ 43-ПРВ-24-7160 від 05.02.2024
Підписання МІСЬКИЙ ГОЛОВА М.ВАРАШ
МЕНЗУЛ ОЛЕКСАНДР ПАВЛОВИЧ
5E984D526F82F38F040000000BC2301E0AA7404

яви, підпис особи, що прийняла документи)