

Додаток 4
ЗАТВЕРДЖЕНО
Рішення Вараської міської ради
07.06.2023 №1937-PP-VIII
(в редакції рішення міської ради
№ _____)

ПОРЯДОК
відшкодування витрат на проведення зубопротезування
Захисників і Захисниць України та членів сімей загиблих (померлих)
Захисників і Захисниць України
№7100-ПК-16

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 відшкодування витрат на проведення 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; Захисникам і Захисницям та членам сімей загиблих з числа внутрішньо переміщених осіб, які 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, на підставі наказу директора Департаменту соціального захисту та гідності виконавчого комітету Вараської міської ради (далі – Департамент), шляхом перерахування коштів на банківський рахунок особи, як звернулась за його отриманням.

5. Для здійснення відшкодування Захисники і Захисниці та члени сімей загиблих подають письмову заяву з наступними документами:

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 або довідку про взяття на облік внутрішньо переміщеної особи;

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 – Довідка про безпосередню участь особи у заходах, необхідних для забезпечення оборони України, захисту безпеки населення та інтересів держави у зв'язку з військовою агресією російської федерації проти України, або за формою згідно з додатком 5 - Довідка про обставини травми (поранення, контузії, каліцтва)) у разі, якщо статус учасника бойових дій не встановлено;

копію посвідчення «Учасник бойових дій» та/або «Особа з інвалідністю внаслідок війни» (за наявності);

копія документу, який підтверджує право особи на виплату (посвідчення «Члена сім'ї загиблого Захисника чи Захисниці України», або довідки, яка видається законному представнику дитини до досягнення нею 14-річного віку, або посвідчення дитини, дружини, чоловіка, матері, батька військовослужбовця, який загинув (помер) під час проходження військової служби, або офіційного сповіщення про смерть, інше);

документ, що підтверджує потребу в зубопротезуванні (консультаційний висновок спеціаліста або форма первинної облікової документації № 028/о);

номер рахунку в банківській установі для перерахування коштів (у форматі IBAN).

6. 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) у межах коштів, затверджених в міському бюджеті на поточний рік.



7. Ведення Реєстру осіб, які мають право на зубопротезування, забезпечення дотримання черговості в частині відшкодування за проведене зубопротезування здійснює Департамент.

8. 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.

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

10. Бюджетні кошти спрямовуються Департаментом на відшкодування зубопротезування шляхом безготівкового перерахування коштів на рахунок Отримувача послуги відповідно до акту наданих послуг та чеку з стоматологічного кабінету про отримані послуги.

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

12. Відповідальність за подання недостовірних відомостей та нецільове використання коштів несе заявник (Отримувач послуг) та Надавач послуг.

Міський голова

Олександр МЕНЗУЛ

