

ПОРЯДОК
відшкодування витрат на проведення лікування зубів
Захисників і Захисниць України та членів сімей загиблих (померлих)
Захисників і Захисниць України
№7100-ПК-15

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

2. Право на відшкодування витрат на проведення лікування зубів надається Захисникам і Захисницям та членам сімей загиблих, які зареєстровані на території Вараської міської територіальної громади не менше шести 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 шести місяців до дня звернення.

3. Відшкодування витрат на проведення лікування зубів Захисників і Захисниць та членів сімей загиблих надається одноразово, на підставі наказу директора департаменту соціального захисту та гідності виконавчого комітету Вараської міської ради, шляхом перерахування коштів на банківський рахунок особи, як звернулась за його отриманням.

4. 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;

копія посвідчення «Учасник бойових дій», або посвідчення «Особа з інвалідністю внаслідок війни», або 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;

копія документу, який підтверджує право членів сімей загиблих (померлих) 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, батька, матері військовослужбовця, який загинув (помер) під час проходження військової служби, або офіційного сповіщення про смерть, інше);

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

акт наданих послуг;

документ, що підтверджує оплату за надані послуги.

5. Відшкодування витрат здійснюється за лікування зубів суб'єктами господарювання, які надають стоматологічні послуги згідно ліцензійних умов, зареєстровані та/або надають стоматологічні послуги на території Вараської міської територіальної громади.

6. Сума відшкодування витрат Захисникам і Захисницям та членам сімей загиблих (померлих) не повинна перевищувати 5000,00 (п'ять тисяч) гривень на одну особу.

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

8. Кошти, виплачені внаслідок зловживань заявника мають бути повернені до міського бюджету, згідно з законом.

Міський голова

Олександр МЕНЗУЛ

