

ЗАТВЕРДЖЕНО
Рішенням виконавчого комітету Белзької
міської ради Львівської області
№107 від 4 грудня 2023 року
Міський голова _____ О.Береза

**ІНФОРМАЦІЙНА КАРТКА
АДМІНІСТРАТИВНОЇ ПОСЛУГИ
01995**

**ПРИЗНАЧЕННЯ КОМПЕНСАЦІЇ ЗА ДОГЛЯД ФІЗИЧНІЙ ОСОБИ, ЯКА
НАДАЄ СОЦІАЛЬНІ ПОСЛУГИ З ДОГЛЯДУ БЕЗ ЗДІЙСНЕННЯ
ПІДПРИЄМНИЦЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ НА ПРОФЕСІЙНІЙ ОСНОВІ**
(назва адміністративної послуги)

**Відділ «Центр надання адміністративних послуг Виконавчого комітету Белзької міської
ради Львівської області»**
(найменування суб'єкта надання послуги)

Інформація про центр надання адміністративної послуги		
1.	Місцезнаходження ЦНАПу	80062, Львівська область, Червоноградський район, м. Белз, вул. Бандери, 1
2.	Інформація щодо режиму роботи ЦНАПу	Понеділок: 08:30-17:00 Вівторок: 08:30-17:00 Середа: 08:30-17:00 Четвер: 08:30-20:00 П'ятниця: 08:30-16:00 Субота: 09:00-16:00 Без перерви на обід Неділя: вихідний день
3.	Телефон/факс (довідки), адреса електронної пошти та веб-сайт ЦНАПу:	Електронна пошта: snap@belztg.gov.ua Веб-сайт: https://belztg.gov.ua/ Телефон: +38 (095)2551636
4.	Перелік документів, необхідних для надання послуги та вимоги до них	Підстава для отримання: 1. Надання соціальних послуг з догляду без здійснення підприємницької діяльності на професійній основі, фізичною особою, яка пройшла підготовку та перепідготовку з основ догляду (далі – фізична особа, яка надає соціальні послуги з догляду на професійній основі) особам, які через порушення функцій організму не можуть самостійно пересуватися та самообслуговуватися (далі – соціальні послуги з догляду на професійній основі) та є: - громадянами похилого віку; - особами з інвалідністю; - невиліковно хворими, а також хворими, що потребують тривалого лікування; - дітьми з інвалідністю;

-дітьми, яким не встановлено інвалідність, але які є хворими на тяжкі перинатальні ураження нервової системи, тяжкі вроджені вади розвитку, рідкісні орфанні захворювання, онкологічні, онкогематологічні захворювання, дитячий церебральний параліч, тяжкі психічні розлади, цукровий діабет I типу (інсулінозалежний), гострі або хронічні захворювання нирок IV ступеня, дітьми, які отримали тяжку травму, потребують трансплантації органа, потребують паліативної допомоги відповідно до переліку тяжких захворювань, розладів, травм, станів, що дають право на одержання державної допомоги на дитину, якій не встановлено інвалідність, надання такій дитині соціальних послуг, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2018 р. № 1161.

Перелік необхідних документів:

1. Особою або законним представником особи, яка потребує надання соціальних послуг з догляду на професійній основі:

а) пред'являються:

паспорт громадянина України, для іноземців та осіб без громадянства – довідка про звернення за захистом в Україні / посвідчення особи, яка потребує додаткового захисту / посвідчення біженця / паспортний документ іноземця та посвідка на тимчасове проживання або посвідка на постійне проживання;

документ, що засвідчує реєстрацію у Державному реєстрі фізичних осіб – платників податків (картка платника податків), або дані про реєстраційний номер облікової картки платника податків з Державного реєстру фізичних осіб – платників податків, внесені до паспорта громадянина України, крім фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовились від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків, офіційно повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку в паспорті;

б) подаються:

заява про потребу в наданні соціальних послуг з догляду на професійній основі;

висновок про стан здоров'я особи, яка через порушення функцій організму не може самостійно пересуватися та самообслуговуватися і потребує надання соціальних послуг з догляду (далі – висновок про стан здоров'я), за формою, затвердженою наказом Міністерства охорони здоров'я України від 09.03.2021 № 407 „Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я ”, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 15.04.2021 за № 510/36132;

копія довідки до акта огляду медико-соціальною експертною комісією (для осіб з інвалідністю);

копія свідоцтва про народження дитини з інвалідністю віком до 18 років (за потреби);

	копія медичного висновку про дитину з інвалідністю віком до 18 років за формою, затвердженою наказом Міністерства охорони здоров'я України від 04.12.2001 № 482 „Про затвердження порядку видачі медичного висновку про дитину з інвалідністю віком до 18 років”, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 10.01.2002 за № 11/6299 (за потреби); довідка про захворювання дитини на тяжке перинатальне ураження нервової системи, тяжку вроджену ваду розвитку, рідкісне орфанне захворювання, онкологічне, онкогематологічне захворювання, дитячий церебральний параліч, тяжкий психічний розлад, цукровий діабет I типу (інсулінозалежний), гостре або хронічне захворювання нирок IV ступеня про те, що дитина отримала тяжку травму, потребує трансплантації органа, потребує паліативної допомоги, видана лікарсько-консультативною комісією лікувально-профілактичного закладу в порядку та за формою, затвердженою наказом Міністерства охорони здоров'я України від 09.03.2021 № 407 „Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я ”, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 15.04.2021 за № 510/36132 (за потреби); копія рішення суду про обмеження цивільної дієздатності або визнання недієздатною особи, якій надаються соціальні послуги з догляду на професійній основі (для недієздатних осіб та осіб, цивільна дієздатність яких обмежена); копія рішення суду або рішення органу опіки та піклування про призначення опікуна або піклувальника особі, якій надаються соціальні послуги з догляду на професійній основі (для опікунів або піклувальників). 2. Фізичною особою, яка надає соціальні послуги з догляду на професійній основі: а) пред'являються: паспорт громадянина України, для іноземців та осіб без громадянства – довідка про звернення за захистом в Україні / посвідчення особи, яка потребує додаткового захисту / посвідчення біженця / паспортний документ іноземця та посвідка на тимчасове проживання або посвідка на постійне проживання; документ, що засвідчує реєстрацію у Державному реєстрі фізичних осіб – платників податків (картка платника податків), або дані про реєстраційний номер облікової картки платника податків з Державного реєстру фізичних осіб – платників податків, внесені до паспорта громадянина України, крім фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовились від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків, офіційно повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку в паспорті; б) подаються:
--	---

		заява про згоду надавати соціальні послуги з догляду на професійній основі. У разі подання заяви про потребу в наданні соціальних послуг та про згоду надавати соціальні послуги в електронній формі через Єдиний державний веб портал електронних послуг, до заяви про потребу в наданні соціальних послуг також додаються скановані копії документів, зазначених у абзацах шостому – дванадцятому підпункту 1 цього пункту. На заяви та відомості, що подаються в електронній формі, накладається кваліфікований електронний підпис (або удосконалений електронний підпис, який базується на кваліфікованому сертифікаті відкритого ключа) фізичної особи, яка надає соціальні послуги з догляду на професійній основі та звертається за отриманням компенсації, особи / законного представника особи, яка потребує надання соціальних послуг з догляду на професійній основі, відповідно. Спосіб подання документів: Фізичною особою, яка надає соціальні послуги з догляду на професійній основі, подається заява про згоду надавати соціальні послуги з догляду на професійній основі, особою / законним представником особи, яка потребує надання соціальних послуг з догляду на професійній основі, подається заяву про потребу в наданні соціальних послуг з догляду на професійній основі, та документи, необхідні для призначення компенсації, суб'єкту надання адміністративної послуги: через уповноважених осіб структурних підрозділів з питань соціального захисту населення районних у м. Києві та Севастополі держадміністрацій, виконавчих органів сільських, селищних, районних у містах (у разі утворення), міських рад; посадових осіб центру надання адміністративних послуг; поштою або в електронній формі через Єдиний державний вебпортал електронних послуг (у разі технічної можливості);
5.	Оплата	Безоплатно
6.	Результат надання послуги	Призначення виплати компенсації / відмова в призначенні компенсації / припинення виплати компенсації.
7.	Строк надання послуги	Рішення про призначення компенсації або про відмову в її наданні приймається протягом 10 днів з дати подання документів.
		Компенсація призначається на строк надання соціальних послуг з догляду на професійній основі, визначений у договорі, і виплачується із дати укладення договору.
8.	Спосіб отримання відповіді (результату)	Повідомлення про призначення компенсації (відмова у її призначенні) надсилається фізичній особі, яка надає

		соціальні послуги, наступного дня після прийняття відповідного рішення
9.	Акти законодавства та нормативні акти, якими регламентується порядок та умови надання послуги	Закон України „Про соціальні послуги” від 17.01.2019 № 2671-VIII. Постанова Кабінету Міністрів України від 06.10.2021 № 1040 „Деякі питання призначення і виплати компенсації фізичним особам, які надають соціальні послуги з догляду без здійснення підприємницької діяльності на професійній основі”.

Додаток 3
до Порядку

(найменування структурного підрозділу з питань соціального захисту населення районної у м. Києві та Севастополі держадміністрації, виконавчого органу сільської, селищної, районної у місті (у разі утворення), міської ради)

від _____

(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності))

Дата народження _____

Місце проживання/перебування _____

Номер телефону _____

Документ, що посвідчує особу:

серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України (ID-картки) _____

ким та коли виданий _____

Унікальний номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі

Номер довідки про звернення за захистом в Україні/посвідчення особи, яка потребує додаткового захисту/посвідчення біженця/ паспортного документа іноземця та посвідки на тимчасове проживання або посвідки на постійне проживання (підкреслити необхідне) _____

Ким та коли видана (видане) _____

Дата закінчення (продовження) строку дії
посвідки/посвідчення _____

Реєстраційний номер облікової картки платника
податків або серія (за наявності) та номер паспорта
громадянина України
(ID-картки)* _____

Зареєстроване місце проживання _____

№ _____

(дата реєстрації заяви)

ЗАЯВА

про згоду надавати соціальні послуги з догляду на професійній основі

Я, _____,
(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) заявника)

даю згоду на надання соціальних послуг з догляду на професійній основі

_____ (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) особи, якій надаватимуться послуги)
та прошу призначити/перерахувати (необхідне підкреслити) мені компенсацію за надання
соціальних послуг з догляду на професійній основі.

Проху в разі призначення мені компенсації кошти перераховувати на рахунок

№ _____ МФО _____ код _____ у
банку _____

З умовами та порядком призначення компенсації фізичним особам, які надають соціальні
послуги з догляду на професійній основі, ознайомлений/ ознайомлена.

Зобов'язуюся повідомляти про зміни обставин, які можуть вплинути на призначення і
виплату мені компенсації за надання соціальних послуг на професійній основі.

Я усвідомлюю, що наведені мною відомості, що вплинули або могли вплинути на прийняте
рішення щодо призначення компенсації за надання соціальних послуг на професійній основі,
будуть перевірені згідно із законодавством.

* Для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера
облікової картки платника податків, офіційно повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають
про це відмітку в паспорті громадянина України.

Додаткова інформація, що повідомляється фізичною особою,
яка надає соціальні послуги з догляду на професійній основі
(необхідне підкреслити)

1	Відомості про зайнятість		
	перебування у трудових відносинах	так	ні

	фізична особа - підприємець	так	ні
	провадження незалежної професійної діяльності	так	ні
	перебування на обліку в центрі зайнятості як зареєстрований безробітний	так	ні
2	Довідка про проходження навчання/перенавчання	маю	не маю
3	Документ про медичну освіту	маю	не маю
4	Допомога на догляд відповідно до Закону України “Про психіатричну допомогу”	отримую	не отримую
5	Надбавка на догляд відповідно до Закону України “Про державну соціальну допомогу особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю”	отримую	не отримую
6	Соціальні послуги з догляду на непрофесійній основі відповідно до Закону України “Про соціальні послуги”	надаю	не надаю

(дата заповнення)

(підпис)

{Порядок доповнено Додатком 3 згідно з Постановою КМ № 591 від 07.05.2

Додаток 1

до Порядку

(найменування структурного підрозділу з питань соціального захисту населення районної у м. Києві та Севастополі держадміністрації, виконавчого органу сільської, селищної, районної у місті (у разі утворення), міської ради)

від _____

(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) заявника/
законного представника/уповноваженого представника органу
опіки та піклування)

Дата народження _____

Місце проживання/перебування _____

Номер телефону _____

Документ, що посвідчує особу:

серія (за наявності) та номер паспорта громадянина
України (ID-картки) _____

ким та коли виданий _____

Унікальний номер запису в Єдиному державному
демографічному реєстрі

Номер довідки про звернення за захистом в
Україні/посвідчення особи, яка потребує додаткового
захисту/посвідчення біженця/ паспортного документа
іноземця та посвідки на тимчасове проживання або
посвідки на постійне проживання (підкреслити
необхідне) _____

Ким та коли видана (видане) _____

Дата закінчення (продовження) строку дії
посвідки/посвідчення _____

Реєстраційний номер облікової картки платника
податків або серія (за наявності) та номер паспорта
громадянина України (ID-картки)* _____

Зареєстроване місце проживання _____

ЗАЯВА
про потребу в наданні соціальних послуг з догляду на професійній основі

Я/мій син/підопічний/моя донька/підопічна (підкреслити необхідне)

_____,
(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності))

який/яка через порушення функцій організму не можу/не може самостійно пересуватися та самообслуговуватися, потребу/потребує надання соціальних послуг з догляду на професійній основі.

З умовами та порядком призначення компенсації фізичним особам, які надають соціальні послуги з догляду на професійній основі, ознайомлений/ознайомлена.

Я усвідомлюю, що наведені мною відомості, що вплинули або могли вплинути на прийняте рішення щодо призначення компенсації за надання соціальних послуг на професійній основі, будуть перевірені згідно із законодавством.

* Для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків, офіційно повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають про це відмітку в паспорті громадянина України.

Додаткова інформація, що повідомляється особою, яка потребує надання соціальних послуг з догляду на професійній основі, або її законним представником

(необхідне підкреслити)

Соціальну послугу догляду вдома	отримую	не отримую
Соціальну послугу паліативного догляду	отримую	не отримую
Соціальну послугу стаціонарного догляду	отримую	не отримую
Соціальні послуги з догляду відповідно до Закону України “Про психіатричну допомогу”	отримую	не отримую
Соціальні послуги з догляду на непрофесійній основі відповідно до Закону України “Про соціальні послуги”	отримую	не отримую
Виплати на догляд відповідно до Законів України “Про загальнообов’язкове державне соціальне страхування”/“Про загальнообов’язкове державне пенсійне страхування”/“Про державну соціальну допомогу особам, які не мають права на пенсію, та особам з інвалідністю”/“Про пенсійне забезпечення осіб, звільнених з військової служби, та деяких інших осіб”/“Про державну соціальну допомогу особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю” (крім осіб з інвалідністю з дитинства I групи)	отримую	не отримую

(дата заповнення)

(підпис)

ДОГОВІР
про надання соціальних послуг з догляду на професійній основі

(місце укладення)

20__ року
(дата укладення)

(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи, включеної до переліку фізичних осіб,
які надають соціальні послуги з догляду на професійній основі)

який/яка діє на підставі

(назва та реквізити документа про медичну освіту/довідки про проходження навчання)

(далі - фізична особа), з однієї сторони, особа, яка через порушення функцій організму не
може самостійно пересуватися та самообслуговуватися

(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)
(далі - отримувач)/законний представник отримувача/уповноважений представник органу
опіки та
підклування _____

(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності))

(далі - законний представник), що діє на підставі
_____ ,

(документ, що підтверджує повноваження

законного представника)

з другої сторони, та _____
(найменування структурного підрозділу з питань соціального захисту населення

районної у м. Києві та Севастополі держадміністрації, виконавчого органу сільської, селищної,

районної у місті (у разі утворення), міської ради)

_____ ,
(найменування посади, прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності))

що діє на підставі _____
(назва та реквізити установчого документа/іншого документа, яким визначено
повноваження)

(далі - уповноважений орган), з третьої сторони (далі - сторони), уклали цей договір про таке.

Предмет договору

Предметом цього договору є забезпечення надання отримувачу соціальних послуг з догляду на професійній основі (далі - послуги).

Умови надання та оплати послуг

1. Послуги надаються з _____ 20__ року по _____ 20__ року.
2. Перелік заходів у межах надання послуг, які надаватимуться отримувачу протягом місяця

Порядковий номер	Найменування заходу	Строки надання	Періодичність надання	Кількість годин/хвилин
---------------------	------------------------	-------------------	--------------------------	---------------------------

Усього

(адреса місця проживання/перебування отримувача)

4. Уповноважений орган визначає розмір компенсації фізичній особі за надання послуг (далі - компенсація) з розрахунку 70 відсотків мінімальної заробітної плати у погодинному розмірі за одну годину догляду за однією особою, але не більше ніж за 360 годин за місяць. Розмір компенсації відповідно до обсягу послуг, визначених пунктом 3 цього договору, становить _____ гривень на місяць.

(зазначити цифрами та словами)

Сума, яку зобов'язується виплатити уповноважений орган, визначається актом про надані послуги (далі - акт).

5. Виплата компенсації проводиться щомісяця у безготівковій формі у національній валюті (гривні).

6. Компенсація виплачується за наявності належним чином оформленого акта.

Оформлений належним чином фізичною особою та отримувачем/законним представником акт надсилається фізичною особою в письмовій/електронній формі (в тому числі у формі сканованих копій) уповноваженому органу до 5 числа місяця, наступного за місяцем, у якому надано послуги.

7. Компенсація виплачується щомісяця до 20 числа місяця, в якому фізична особа подала акт, шляхом перерахування коштів уповноваженим органом на рахунок фізичної особи в _____.

(найменування банку, банківські реквізити)

9. У разі смерті отримувача акт підписується його законним представником або в разі його відсутності тільки фізичною особою.

10. У разі неподання акта фізичною особою або неналежного оформлення акта уповноважений орган має право припинити виплату компенсації до моменту усунення виявлених недоліків.

Права та обов'язки сторін

11. Фізична особа має право на:

отримання компенсації в межах суми, встановленої цим договором;

обробку персональних даних отримувача/законного представника відповідно до Закону України "Про захист персональних даних";

припинення надання послуг.

12. Фізична особа зобов'язується:

надавати отримувачу послуги в межах заходів, визначених пунктом 3 цього договору;

забезпечувати найкращі інтереси отримувача під час надання йому послуг;

дотримуватися принципів надання соціальних послуг, визначених законодавством;

дотримуватися норм професійної етики у спілкуванні з отримувачем під час надання послуг;

інформувати отримувача про зміст послуг (із визначенням конкретних заходів, їх обсягу, умов і порядку здійснення) у формі, доступній для сприйняття особами з будь-якими порушеннями здоров'я;

не розголошувати інформацію особистого характеру, що стала відома під час надання послуг;

надавати до 5 числа місяця, наступного за місяцем, в якому надано послуги, уповноваженому органу акт у _____ формі;

(письмовій/електронній)

інформувати уповноважений орган про строк перебування отримувача на лікуванні у стаціонарному закладі або здійснення паліативного догляду в умовах стаціонару;

повідомляти уповноваженому органу у разі виникнення загрози життю чи здоров'ю отримувача, вчинення щодо нього домашнього насильства, насильства за ознакою статі або жорстокого поводження;

повідомляти уповноваженому органу про надання послуг, їх обсяг, отримання компенсації поза межами адміністративно-територіальної одиниці/територіальної громади місцезнаходження уповноваженого органу (для організації контролю уповноваженим органом);

інформувати уповноважений орган про інші дії, які мають вплив на призначення та виплату компенсації;

дотримуватися інших вимог законодавства про соціальні послуги.

13. Отримувач має право на:

отримання послуг відповідно до умов та порядку їх надання, визначених законодавством про соціальні послуги та цим договором;

зміну умов надання послуг та їх обсягу в разі зміни факторів, що зумовлюють складні життєві обставини;

повагу до його честі та гідності, уважне та гуманне ставлення;

повагу до його приватного життя, свободу висловлювань та думки;

конфіденційність інформації особистого характеру, що стала відома фізичній особі під час надання послуг;

спілкування із своїми рідними, близькими та іншими особами;

відмову від надання послуг або їх припинення;

отримання інших соціальних послуг відповідно до законодавства;

інші права, передбачені законодавством про соціальні послуги.

14. Отримувач/законний представник зобов'язаний:

надавати повну та достовірну інформацію, необхідну для визначення заходів, які надаватимуться згідно з цим договором;

виконувати умови цього договору та дотримуватися заходів у межах надання послуг;

своєчасно інформувати фізичну особу та уповноважений орган про всі обставини, що впливають на надання або припинення надання послуг;

ставитися з повагою до фізичної особи;

не перешкоджати наданню послуг.

15. Уповноважений орган має право:

запитувати у фізичної особи інформацію щодо надання послуг;

перевіряти умови надання послуг отримувачу, а також відповідність заходів, визначених пунктом 2 цього договору;

перевіряти інформацію щодо фізичної особи, яка може вплинути на виплату компенсації;

здійснювати контроль за обсягом та якістю наданих послуг;

достроково розірвати цей договір у разі невиконання зобов'язань фізичною особою, повідомивши їй про це не пізніше ніж за _____ робочих дні (днів) до дати розірвання цього договору.

16. Уповноважений орган зобов'язаний:

своєчасно та у повному обсязі виплачувати фізичній особі компенсацію в розмірі та на умовах, визначених цим договором та відповідно до акта;

надавати на запити фізичної особи та отримувача/законного представника інформацію щодо порядку надання послуг;

повідомляти фізичній особі про недостовірність відомостей, зазначених в отриманих від неї документах, не пізніше ніж через п'ять робочих днів з дати їх отримання.

Відповідальність сторін

17. За неналежне виконання зобов'язань, установлених цим договором, кожна із сторін відповідає згідно із законом.

18. Жодна із сторін не відповідає за невиконання умов цього договору, якщо вона доведе, що таке невиконання сталося не з її вини.

Порядок вирішення спорів

19. Спори/розбіжності, що виникають під час виконання умов цього договору чи у зв'язку з ним, можуть вирішуватися/урегульовуватися шляхом консультацій та переговорів між сторонами.

Прийняті рішення повинні бути оформлені письмово, підписані сторонами та є невід'ємною частиною цього договору.

20. У разі неможливості вирішення спорів та врегулювання розбіжностей шляхом консультацій і переговорів кожна із сторін має право звернутися до суду.

Строк дії договору, умови його продовження, припинення та розірвання

21. Цей договір набирає чинності з дати його підписання сторонами і діє протягом періоду надання послуг, визначеного пунктом 2 цього договору.

22. Строк дії цього договору може бути продовжений у разі подання отримувачем/законним представником до уповноваженого органу висновку про стан здоров'я отримувача не менше ніж за 30 календарних днів до закінчення строку дії цього договору.

23. Надання послуг починається з дати підписання цього договору.

24. Дія цього договору припиняється у таких випадках:

відсутність потреби в наданні послуг;

закінчення строку дії цього договору;

зміна місця проживання/перебування отримувача, що унеможлиблює надання послуг;

невиконання без поважних причин фізичною особою/отримувачем вимог, визначених цим договором;

виявлення/встановлення недостовірності інформації/документів, поданих фізичною особою/отримувачем/законним представником під час звернення за наданням послуг;

подання фізичною особою/отримувачем/законним представником заяви про розірвання цього договору;

працевлаштування фізичної особи;

державна реєстрація фізичної особи як фізичної особи - підприємця;

реєстрація фізичної особи як безробітного;

державна реєстрація фізичною особою незалежної професійної діяльності (наукової, літературної, артистичної, художньої, освітньої, викладацької, а також медичної, юридичної практики, зокрема адвокатської, нотаріальної діяльності);

призначення отримувачу виплати на догляд відповідно до Законів України “Про загальнообов’язкове державне соціальне страхування”, “Про загальнообов’язкове державне пенсійне страхування”, “Про державну соціальну допомогу особам, які не мають права на пенсію, та особам з інвалідністю”, “Про пенсійне забезпечення осіб, звільнених з військової служби, та деяких інших осіб”, “Про державну соціальну допомогу особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю” (крім осіб з інвалідністю з дитинства І групи);

смерть отримувача або фізичної особи;

перебування отримувача на повному державному утриманні або отримання ним соціальних послуг з догляду вдома, стаціонарного догляду, паліативного догляду в умовах стаціонару;

надання соціальних послуг на професійній основі в інших адміністративно-територіальних одиницях/територіальних громадах в обсязі, який унеможливорює надання послуг відповідно до цього договору.

25. У разі виявлення в отримувача відповідно до медичного висновку медичних протипоказань, перелік яких затверджується МОЗ, надання послуг тимчасово припиняється (до усунення таких протипоказань) без розірвання цього договору.

Інші умови договору

26. Цей договір укладено при повному розумінні сторонами його умов і термінології.

Цей договір укладено українською мовою у трьох примірниках (по одному для кожної із сторін), які мають однакову юридичну силу.

27. Зміни до цього договору можуть бути внесені за взаємною згодою сторін шляхом укладення додаткового договору, що буде його невід’ємною частиною.

28. Усі правовідносини, що виникають у зв’язку з виконанням умов цього договору і не врегульовані ним, регулюються законодавством.

Реквізити сторін

Фізична особа

(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності))	
(паспорт громадянина України, інший документ, що посвідчує особу та підтверджує громадянство України / документ, що посвідчує особу та підтверджує її спеціальний статус, його серія та номер)	
(реєстраційний номер облікової картки платника податків)	
(зареєстроване місце проживання)	
(фактичне місце проживання)	
(номер телефону)	
(підпис)	(власне ім'я, прізвище)
_____ 20__ року	

Отримувач/законний представник

(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності))	
(паспорт громадянина України, інший документ, що посвідчує особу та підтверджує громадянство України / документ, що посвідчує особу та підтверджує її спеціальний статус, його серія та номер)	
(реєстраційний номер облікової картки платника податків)	
(зареєстроване місце проживання)	
(фактичне місце проживання)	
(номер телефону)	
(підпис)	(власне ім'я, прізвище)
_____ 20__ року	

