ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ Міністерства соціальної політики України  
06 липня 2022 року № 195

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(повне найменування підприємства)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(прізвище, ім’я, по батькові (за наявності) заявника)

паспорт (інший документ, що посвідчує особу):

серія \_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_, виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ким, дата)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(прізвище, ім’я, по батькові (за наявності)  
 законного представника / уповноваженої особи)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

зареєстроване місце проживання: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

задеклароване місце проживання (перебування):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

контактні телефони \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

електронна адреса \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВКА\*  
 про намір забезпечення допоміжними засобами для особистої гігієни,  
 допоміжними засобами для особистої рухомості, переміщення та підйому,  
 засобами для пересування, меблями, оснащенням**

Прошу забезпечити \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(найменування виробу)

Мені роз’яснено, що відповідно до Порядку забезпечення допоміжними засобами реабілітації (технічними та іншими засобами реабілітації) осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані такі засоби, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 05 квітня 2012 року № 321 (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 14 квітня 2021 року № 362):

забезпечення допоміжними засобами для особистої гігієни, допоміжними засобами для особистої рухомості, переміщення та підйому, засобами для пересування, меблями, оснащенням (далі - технічні засоби реабілітації), надання послуг з їх післягарантійного ремонту, технічного обслуговування крісел колісних підвищеної надійності та функціональності проводиться згідно з договорами, укладеними територіальним відділенням Фонду соціального захисту осіб з інвалідністю з підприємством у межах бюджетних призначень, у порядку черговості;

ремонт за рахунок коштів державного бюджету дорожнього крісла колісного, повзунів та дощок для пересування (колясок малогабаритних) проводиться не раніше ніж через один рік після забезпечення ними, а інших крісел колісних, допоміжних засобів для підйому, меблів та оснащення - через два роки;

я маю право звернутись до іншого підприємства протягом 14 календарних днів;

підприємство підбирає та призначає технічні засоби реабілітації, функції та оснащення яких відповідають моїм функціональним можливостям, згідно з Порядком призначення технічних засобів реабілітації відповідно до функціональних можливостей особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю, учасника антитерористичної операції, затвердженим наказом Міністерства соціальної політики України від 17 березня 2021 року № 134, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 01 квітня 2021 року за № 429/36051;

для забезпечення активним кріслом колісним необхідно подати довідку з місця роботи/служби/навчання (для осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю);

у разі забезпечення кріслом колісним підприємство надає мені послуги з адаптації та освоєння зазначеного засобу реабілітації;

після закінчення гарантійного строку експлуатації крісла колісного підвищеної надійності та функціональності я зобов’язаний(а) надавати його підприємству для технічного обслуговування кожні два роки;

у разі зміни медичних показань у період між поданням заявки про намір забезпечення технічними засобами реабілітації та фактичним його виготовленням я можу відмовитися від замовленого засобу та замовити інший технічний засіб реабілітації;

у разі отримання мною технічного засобу реабілітації, що не відповідає вимогам, зазначеним в анкеті на виготовлення (забезпечення) технічних засобів реабілітації, територіальне відділення Фонду соціального захисту осіб з інвалідністю складає акт про непридатність до експлуатації. Такий засіб повертається підприємству, а мені позачергово видається аналогічний технічний засіб реабілітації за рахунок коштів підприємства;

право на забезпечення засобами реабілітації призупиняється на наступний строк експлуатації у разі виявлення факту продажу, дарування або передачі до закінчення строку експлуатації виданих за кошти державного бюджету технічних та інших засобів реабілітації; неповернення засобів, що підлягають поверненню, відповідно до наказу Міністерства соціальної політики України від 10 серпня 2018 року № 1138 «Деякі питання забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 06 вересня 2018 року за № 1014/32466;

виявлення, зокрема за результатами моніторингу засобів реабілітації, виданих за рахунок коштів державного бюджету, факту умисних пошкодження, втрати, продажу, обміну та/або дарування засобів реабілітації іншій особі протягом строку, на який вони видаються, може бути також підставою для відмови в забезпеченні засобами реабілітації на наступний строк;

Я даю згоду на використання моїх (та/або особи, інтереси якої я представляю) персональних даних, які буде внесено до Централізованого банку даних з проблем інвалідності з метою забезпечення засобами реабілітації.

|  |
| --- |
| Заявку та документи на \_\_ аркушах прийнято \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ р. та зареєстровано за № \_\_\_\_\_\_.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ознайомився(лась) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (підпис, Власне ім’я ПРІЗВИЩЕ особи, (підпис заявника / законного представника/  що прийняла документи) уповноваженої особи) |

**Генеральний директор  
Директорату соціального захисту  
прав осіб з інвалідності Оксана ПОЛЯКОВА**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\* Оброблення персональних даних проводиться відповідно до Закону України «Про захист персональних даних».