Додаток

ЗАТВЕРДЖЕНО

рішення міської ради

від 27.01.2021№ 8/5-6

**ПОРЯДОК**

**відшкодування вартості проїзду хворим з хронічною нирковою недостатністю, що  
отримують програмний гемодіаліз, до міста розташування закладів, які надають послуги  
гемодіалізу, та у зворотному напрямку, за рахунок коштів бюджету міської територіальної громади на 2021 рік**

1. Порядок відшкодування вартості проїзду хворим з хронічною нирковою недостатністю, що отримують програмний гемодіаліз, до міста розташування закладів, які надають послуги гемодіалізу, та у зворотному напрямку, за рахунок коштів бюджету міської територіальної громади на 2021 рік (далі - Порядок) розроблений з урахуванням життєвої необхідності отримання особами з хронічною нирковою недостатністю, що отримують програмний гемодіаліз (далі - хворі) курсів програмного гемодіалізу в місті розташування закладу, який надає послуги гемодіалізу.

Порядком передбачається відшкодування вартості проїзду хворим від населеного пункту Дружківської територіальної громади до міста розташування закладів, які надають послуги гемодіалізу та у зворотному напрямку, враховуючи кількість отриманих процедур гемодіалізу.

Дія даного Порядку поширюється на осіб, яким за медичними висновками призначено програмний гемодіаліз, місце проживання яких зареєстроване на території Дружківської територіальної громадиабо які фактично проживають на території Дружківської територіальної громади, за умови підписання декларації про вибір лікаря який надаєпервинну медичну допомогу у медичних закладах Дружківської територіальної громади.

2. Відшкодування вартості проїзду хворим від населеного пункту Дружківської територіальної громади до міста розташування закладів, які надають послуги гемодіалізу та у зворотному напрямку, виплачується за рахунок коштів бюджету міської територіальної громади, передбачених на 2021 рік.

3. Управління соціального захисту населення Дружківської міської ради (далі - управління) відшкодовує вартість проїзду шляхом призначення допомоги з місяця звернення (якщо протягом місяця подані всі необхідні документи) в розрахунку на місяць та виплачується щоквартально у місяці наступному за звітним кварталом.

4. Для формування особової справи хворий або законний представник хворого (далі - законний представник) надає до управління наступний пакет документів:

* заяву про взяття на облік хворого за формою згідно із додатком І до Порядку;
* копію паспорту (з пред’явленням оригіналу);
* копію довідки про присвоєння реєстраційного номера облікової картки платника податків (з пред’явленням оригіналу), крім осіб, які через свої релігійні переконання відмовилися від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку в паспорті;
* номер особового рахунку, який відкритий у відділенні банку;
* довідку медичного закладу, який надає послуги гемодіалізу про необхідність отримання програмного гемодіалізу;
* згоду - повідомлення на обробку персональних даних;
* копію довідки МСЕК (з пред’явленням оригіналу), у разі наявності.

Якщо хворий фактично мешкає на територіїДружківської територіальної громади та зареєстрований у населеному пункті за її межами, додатково надається документ, який підтверджує фактичне місце проживання такого хворого на території Дружківської територіальної громади.

У разі подання документів законним представником додатково надається:

Продовження додатку

- копія паспорту законного представника (з пред’явленням оригіналу);

* копія довідки про присвоєння реєстраційного номера облікової картки платника податків (з пред’явленням оригіналу), крім осіб, які через свої релігійні переконання відмовилися від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку в паспорті;
* копія документу, що підтверджує повноваження законного представника (з пред’явленням оригіналу);
* згода - повідомлення на обробку персональних даних.

Для формування особової справи на дитину, яка отримує програмний гемодіаліз, один з батьків або законний представник дитини надають до управління наступний пакет документів:

* заяву про взяття на облік хворого за формою згідно із додатком І до Порядку;
* копію свідоцтва про народження або копію паспорту (з пред’явленням оригіналу) дитини;
* копію паспорту (з пред’явленням оригіналу) одного з батьків або законного представника;
* копіюдокументу, що підтверджує повноваження законного представника (з пред’явленням оригіналу

-копію довідки про присвоєння реєстраційного номера облікової картки платника податків (з пред’явленням оригіналу) на дитину (якщо є) та одного з батьків або законного представника, крім осіб, які через свої релігійні переконання відмовилися від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку в паспорті;

- номер особового рахунку, який відкритий у відділенні банку;

- довідку медичного закладу про необхідність отримання програмного гемодіалізу;

- згоду - повідомлення на обробку персональних даних;

- у разі наявності копію довідки ВКК або МСЕК дитини (з пред’явленням оригіналу).

У разі, якщо хвора дитина, фактично мешкає на територіїДружківської територіальної громадита зареєстрованау населеному пункті за її межами, додатково надається документ, який підтверджує фактичне місце проживання дитини на території Дружківської територіальної громади.

1. Право відшкодування вартості проїзду поширюється і на одного законного представника, який супроводжує хворого.
2. Для отримання відшкодування хворий або його законний представник щоквартально до 5 числа місяця, наступного за звітним кварталом, звертається до управління та надає наступні документи:

* заяву на отримання відшкодування вартості проїзду за минулий квартал за формою згідно із додатком 2 до Порядку;
* довідку медичного закладу, де отримано послуги з гемодіалізу, із вказанням кількості отриманих процедур гемодіалізу за попередній квартал.

1. Управління соціального захисту населення Дружківської міської ради:

- щоквартально до 10 числа місяця наступного за кварталом, розраховує розмір відшкодування на кожну особу за наступною формулою: максимальна вартість квитка (визначається на підставі довідки підприємства - перевізника) за маршрутом прямування та у зворотному напрямку помножене на кількість отриманих процедур гемодіалізу за попередній квартал;

- визначає сумарну потребу коштів на квартал залежно від кількості хворих;

- щоквартально до 15 числа місяця, наступного за кварталом, подає міському фінансовому управлінню Дружківської міської ради розрахунок потреби в коштах;

- складає відомості та списки на виплату через банківські установи або поштові відділення.

Розрахунки за IV квартал, у зв’язку з закінченням бюджетного року, надаються не пізніше 20 грудня (з урахуванням прогнозних нарахувань процедур гемодіалізу у грудні поточного року). У разі необхідності у січні наступного року здійснюється перерахунок прогнозованих

Продовження додатку

нарахувань за грудень поточного року на підставі уточнених даних.

1. У разі смерті хворого відшкодування вартості проїзду здійснюється законному представнику хворого відповідно до пункту 10 Порядку.

9.У разі смерті хворого його законний представник протягом поточного кварталу звертається до управління та надає наступні документи:

* заяву на отримання відшкодування вартості проїзду хворого по день його смерті за формою згідно із додатком 3 до Порядку;
* довідку медичного закладу, який надавав послуги гемодіалізу із зазначенням кількісті отриманих процедур гемодіалізу по день смерті хворого;
* копію свідоцтва про смерть хворого (з пред’явленням оригіналу);
* номер особового рахунку, який відкритий у відділенні банку.

У разі надання документів членом сім'ї додатково надається:

* копія паспорту члена сім’ї (з пред’явленням оригіналу);
* копія довідки про присвоєння реєстраційного номера облікової картки платника податків (з пред’явленням оригіналу);
* копія документа, що підтверджує родинні стосунки (з пред’явленням оригіналу);
* згоду - повідомлення на обробку персональних даних.

10. Відшкодування вартості проїзду проводиться за кожною особовою справою з місяця отримання програмного гемодіалізу (в межах бюджетного року) та за зверненням хворого або його законного представника після надходження фінансування за рахунок коштів бюджету міської територіальної громади, шляхом безготівкового перерахування коштів на особовий рахунок хворого відкритий в банківській установі або через поштові відділення.

11.Установи банку та поштові відділення звітують перед управлінням про суми фактично виплачені хворим.

12. У разі зміни місця проживання за межі Дружківської територіальної громади відшкодування вартості проїзду хворому або його законному представнику здійснюється по дату зміни місця проживання хворого.

13. Хворий або його законний представник зобов’язані повідомити управління про зміну всіх обставин, що впливають на відшкодування вартості проїзду, протягом поточного кварталу.

14. Заявники, законні представники та медичні заклади відповідають за достовірність поданих відомостей та документів, у яких вони містяться.

15. Надміру виплачені суми з відшкодуванням витрат на оплату проїзду внаслідок подання заявником або законним представником недостовірних відомостей підлягають стягненню в порядку, визначеному чинним законодавством України.

Порядок відшкодування вартості проїзду хворим з хронічною нирковою недостатністю, що отримують програмний гемодіаліз, до міста розташування закладів, які надають послуги гемодіалізу, та у зворотному напрямку, за рахунок коштів бюджету міської територіальної громади на 2021 рік підготовлений управлінням соціального захисту Дружківської міської ради

Начальник управління Г.Г.НЕБОГАТІКОВА

Додаток1

до Порядку

відшкодуваннявартості

проїздухворим зхронічною

нирковоюнедостатністю,

щоотримуютьпрограмний

гемодіаліз в містах

розташуваннязакладів, які

надаютьпослугигемодіалізу,

та у зворотномунапрямку,

за рахуноккоштівбюджету

міськоїтериторіальноїгромади

на 2021 рік

Заповнюється: заявником/законнимпредставником

Від (ПІБ хворого) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

зареєстрований заадресою:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

контактний телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

паспорт: серія\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

виданий\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ р., реєстраційний номер обліковоїкарткиплатникаподатківабосерія та номер паспорта з відміткою про відмовувідприйняття такого номера \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Дата народження “\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_р.

ПІБ законногопредставника

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

контактний телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

паспорт: серія\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

виданий\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ р., реєстраційний номер обліковоїкарткиплатникаподатківабосерія та номер паспорта з відміткою про відмовувідприйняття такого номера \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Дата народження “\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_р.

**Заява**

Прошу взяти мене на облік для подальшоговідшкодуванняменівартостіпроїзду, як хворому з хронічноюнирковоюнедостатністю, щоотримуєпрограмнийгемодіаліз в **закладі, якийнадаєпослугигемодіалізу**

До заяви додано \_\_\_\_\_\_\_\_ документів на \_\_\_\_ аркушах

Прошу коштиготівкоюперераховувати на рахуноку банку

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_МФО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_код\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

банк

*Мене повідомленощо про змінувсіхобставин, щовпливають на відшкодуваннявартостіпроїзду я зобов’язуюсьповідомитиуправліннясоціальногозахистунаселенняДружківськоїміської ради протягом поточного кварталу.*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

(дата) (підпис) (ПІБ)

Зразок заяви підготовленоуправліннямсоціальногозахистунаселенняДружківськоїміської

ради

Начальник управління Г.Г.НЕБОГАТІКОВА

Додаток 2

до Порядку

відшкодування вартості

проїзду хворим з хронічною

нирковою недостатністю,

що отримують програмний

гемодіаліз в містах

розташування закладів, які

надають послуги гемодіалізу,

та у зворотному напрямку,

за рахунок коштів бюджету

міської територіальної громади

на 2021 рік

Заповнюється: заявником/законним представником

Від (ПІБ хворого)

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

зареєстрований за адресою:

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

контактний телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ПІБ законного представника

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

контактний телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заява**

Прошу здійснити відшкодування вартості проїзду за \_\_\_\_ квартал 2021 року від населеного пункту Дружківської територіальної громади до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ та у зворотному напрямку

До заяви додано \_\_\_\_\_\_\_\_ документів на \_\_\_аркушах.

*Мене повідомлено що про зміну всіх обставин, що впливають на відшкодування вартості проїзду я зобов’язуюсь повідомити управління соціального захисту населення Дружківської міської ради протягом поточного кварталу.*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

(дата) (підпис) (ПІБ)

Зразок заяви підготовлено управлінням соціального захисту населення Дружківської міської ради

Начальник управління Г.Г.НЕБОГАТІКОВА

Додаток 3

до Порядку

відшкодування вартості

проїзду хворим з хронічною

нирковою недостатністю,

що отримують програмний

гемодіаліз в містах

розташування закладів, які

надають послуги гемодіалізу,

та у зворотному напрямку,

за рахунок коштів бюджету

міської територіальної громади

на 2021 рік

Заповнюється: законним представником

Від

зареєстрований за адресою:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

контактний телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

паспорт: серія\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, виданий\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

“ ” 20 р., реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія та номер паспорта з відміткою про відмову від прийняття такого номера, дата народження „ ”\_\_\_\_\_\_ р.

ПІБ померлого хворого\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заява**

Прошу здійснити відшкодування вартості проїзду померлого хворого по день його смерті за \_\_\_\_ квартал 2021 року від населеного пункту Дружківської територіальної громадидо\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ та у зворотному напрямку.

До заяви додано \_\_\_\_\_\_\_\_ документів на аркушах

Прошу кошти готівкою перераховувати на рахунок у банку

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_МФО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_код\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Банк\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

(дата) (підпис) (ПІБ)

Зразок заяви підготовлено управлінням соціального захисту населення Дружківської міськоїради

Начальник управління Г.Г.НЕБОГАТІКОВА