

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Департаменту соціального
захисту населення Запорізької міської
ради
15.08.2025 № 01.02-04/198р

ІНФОРМАЦІЙНА КАРТКА
адміністративної послуги
67-05 КОМПЕНСАЦІЯ ЗА ПІЛЬГОВИЙ ПРОЇЗД ОДИН РАЗ НА РІК ГРОМАДЯНАМ, ЯКІ
ПОСТРАЖДАЛИ ВНАСЛІДОК ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ
1 ТА 2 КАТЕГОРІЇ

Департамент адміністративних послуг Запорізької міської ради (далі – ДАП ЗМР)
Департамент соціального захисту населення Запорізької міської ради (далі – ДСЗН ЗМР)
(найменування суб'єкта надання адміністративної послуги та / або центру надання адміністративних послуг)

Інформація про суб'єкт надання адміністративної послуги та / або центр надання адміністративних послуг		
1	Місцезнаходження, телефон	Вознесенівський (Центральний) Центр надання адміністративних послуг м. Запоріжжя: м. Запоріжжя, бульвар Центральний, 27, конт. тел: (061) 280-75-21, (067) 280-75-05 Територіальний підрозділ Центру надання адміністративних послуг м. Запоріжжя по Дніпровському району: м. Запоріжжя, вул. Кияшка, 22, конт. Тел: (061) 280-75-21, (061) 280-75-05 Територіальний підрозділ Центру надання адміністративних послуг м. Запоріжжя по Заводському району: м. Запоріжжя, вул. Мирослава Симчича (Лізи Чайкіної), 56, конт. тел: (061) 280-75-19, (067) 280-75-05 Територіальний підрозділ Центру надання адміністративних послуг м. Запоріжжя по Комунарському району: м. Запоріжжя, вул. Чумаченка, 32 конт. тел: (061) 280-75-15, (067) 280-75-05 Територіальний підрозділ Центру надання адміністративних послуг м. Запоріжжя по Олександрівському району: Тимчасово прийом здійснюється у приміщенні територіального підрозділу Центру надання адміністративних послуг м. Запоріжжя по Шевченківському району Територіальний підрозділ Центру надання адміністративних послуг м. Запоріжжя по Хортицькому району: м. Запоріжжя, вул. Світла, 2/просп. Інженера Преображенського, 1 конт. тел: (061) 280-75-23, (067) 280-75-05 Територіальний підрозділ Центру надання адміністративних послуг м. Запоріжжя по Шевченківському району: м. Запоріжжя, просп. Моторобудівників, 34 конт. тел: (061) 280-75-17, (067) 280-75-05 Департамент соціального захисту населення Запорізької міської ради: м. Запоріжжя, бульвар Марії Примаченко, 3, тел. (061) 226 01 26 Відділ ветеранської політики та пільгового забезпечення управління соціальної підтримки населення Департаменту соціального захисту населення Запорізької міської ради 0632060235
2	Інформація щодо режиму роботи	Центр надання адміністративних послуг м. Запоріжжя та його територіальні підрозділи Понеділок, Вівторок, Середа, Четвер з 08.00 до 17.00

		П'ятниця з 8.00 до 15.45 Субота, неділя: вихідні Без перерви на обід Департамент соціального захисту населення Запорізької міської ради Понеділок, Вівторок, Середа, Четвер з 8.00 до 17.00 П'ятниця з 8.00 до 15.45 Субота, неділя: вихідні Без перерви на обід
3	Електронна адреса, офіційний та веб-сайт	Департамент адміністративних послуг Запорізької міської ради електронна пошта: reception.dap@zp.gov.ua офіційний сайт: https://cnap.zp.gov.ua Департаменту соціального захисту населення Запорізької міської ради тел.\факс (061) 226-01-26, (061) 764-17-51 Електронна пошта: reception.usznm@zp.gov.ua офіційний сайт: http://dszn.zp.ua
Нормативні акти, якими регламентується надання адміністративної послуги		
4	Закони України	Закон України „Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи” від 28.02.1991 №796-ХІІ
5	Акти Кабінету Міністрів України	
6	Акти законодавства, що регулюють порядок та умови надання послуги	Наказ Міністерства праці та соціальної політики України від 19.09.2006 №345 «Про затвердження Інструкції щодо порядку оформлення і ведення особових справ отримувачів усіх видів соціальної допомоги»; Наказ Міністерства соціальної політики України від 09.01.2023 № 3 «Про затвердження форми Заяви про призначення усіх видів соціальної допомоги та компенсацій»; Міська комплексна програма соціального захисту населення міста Запоріжжя, затверджується кожні 3 роки рішенням Запорізької міської ради Рішення Запорізької міської ради щодо бюджету міста на відповідний рік
Умови отримання адміністративної послуги		
7	Підстава для отримання	Наявність статусу громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, віднесених до категорій 1, 2
8	Перелік необхідних документів для призначення компенсації	- заява, за формою затвердженою наказом Міністерства соціальної політики України від 09.01.2023 № 3 «Про затвердження форми Заяви про призначення усіх видів соціальної допомоги та компенсацій»; - копія паспорта громадянина України/ тимчасового посвідчення громадянина України/посвідки на постійне проживання/посвідки на тимчасове проживання / посвідчення біженця; - витяг з реєстру територіальної громади (zareєстроване місце проживання); - копія посвідчення учасника ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС або особи, яка постраждала внаслідок Чорнобильської катастрофи; - копія довідки про присвоєння реєстраційного номера облікової картки платника податків або серія та номер паспорта з відміткою про відмову від прийняття такого номера;

		6. копію довідки про взяття на облік внутрішньо переміщеної особи (для внутрішньо переміщених осіб); 7. оригінали проїзних квитків автомобільного або повітряного, або залізничного, або водного транспорту до будь - якого пункту України і назад (за поточний рік); 8. реквізити банківського рахунку для отримання соціальних виплат (в форматі IBAN).
9	Спосіб подання документів	Документи подаються громадянином особисто, уповноваженою особою з нотаріальною довіреністю, через законного представника недієздатної особи, особи, дієздатність якої обмежена, дитини за задекларованим / зареєстрованим місцем проживання (перебування) або за адресою фактичного місця проживання внутрішньо переміщеної особи на території міста Запоріжжя.
10	Платність (безоплатність) надання	Адміністративна послуга надається безоплатно
11	Строк надання адміністративної послуги, а також строк здійснення дій, прийняття рішень у процесі надання послуги	Рішення про призначення приймається не пізніше 10 днів після надходження заяви зі всіма необхідними документами Зарахування коштів на рахунок заявника відбувається протягом 5 робочих днів після отримання коштів
12	Перелік підстав для відмови (призупинення) у наданні адміністративної послуги	Компенсація не надається: - у разі подання встановленого переліку документів не в повному обсязі - у разі зміни зареєстрованого місця проживання - у разі відсутності права або статусу - у разі відсутності коштів в місцевому бюджеті
13	Результат надання адміністративної послуги	Призначення компенсації / відмова у призначенні компенсації
14	Способи отримання відповіді (результату)	Повідомлення про призначення компенсації (відмова у призначенні) Виплату компенсації можна отримати через банківські установи або поштові відділення зв'язку

До Департаменту соціального захисту населення Запорізької міської ради
(назва органу, до якого подається заява)

(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) особи, яка подає заяву)
який / яка *(підкреслити потрібне)* проживає за адресою:

має зареєстроване / задеклароване місце проживання /
перебування *(підкреслити потрібне)*
за адресою _____

контактний номер мобільного телефону _____

(паспорт громадянина України або тимчасове посвідчення громадянина
України (для іноземців та осіб без громадянства - паспортний документ
іноземця, або документ, що посвідчує особу без громадянства,
або посвідка на постійне / тимчасове проживання, або посвідчення
біженця, або інший документ, що підтверджує законність перебування
іноземця чи особи без громадянства на території України) *(вказати*
потрібне)

серії (за наявності) № _____, виданий (видана)

(ким і коли) (за наявності)
унікальний номер запису в Єдиному державному
демографічному реєстрі (за наявності): _____,
реєстраційний номер облікової картки платника податків
(крім осіб, які відмовились від отримання такого номера
і мають про це відмітку в паспорті):

народився / народилась *(підкреслити потрібне)*

число, місяць, рік

Звернення: первинне ☐

повторне ☐

№ _____

**Номер основної
особової справи**

(дата реєстрації заяви)

ЗАЯВА

про призначення усіх видів соціальної допомоги та компенсацій*

Прошу призначити / перерахувати *(потрібне підкреслити)* мені належну згідно
із законодавством допомогу / компенсацію *(потрібне підкреслити)* відповідного виду
із нижчевикладеного переліку.

Назва допомоги / компенсації	Зазначити необхідне
1. Державна допомога сім'ям з дітьми	
Допомога у зв'язку з вагітністю та пологами	

Допомога при народженні дитини	
Допомога при усиновленні дитини	
Допомога на дітей, над якими встановлено опіку чи піклування	
Допомога на дітей одинишим матерям	
Допомога особі, яка доглядає за хворою дитиною	
2. Державна соціальна допомога малозабезпеченим сім'ям	
{Пункт 3 виключено на підставі Наказу Міністерства соціальної політики № 189-Н від 21.04.2025}	
{Пункт 4 виключено на підставі Наказу Міністерства соціальної політики № 189-Н від 21.04.2025}	
3. Компенсаційні виплати та допомога громадянам, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи	
Одноразова компенсація учасникам ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС, які стали особами з інвалідністю внаслідок Чорнобильської катастрофи	
Одноразова компенсація дітям, які стали особами з інвалідністю внаслідок Чорнобильської катастрофи	
Одноразова компенсація сім'ям, які втратили годувальника із числа осіб, віднесених до учасників ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС, смерть яких пов'язана з Чорнобильською катастрофою	
Щорічна допомога на оздоровлення	
Грошова компенсація замість путівки	
Компенсація проїзду один раз на рік до будь-якого населеного пункту України і назад автомобільним, або повітряним, або залізничним, або водним транспортом особам, віднесеним до категорій 1 та 2 постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи	
Компенсація 50 (25) відсотків вартості продуктів харчування за медичними (фізіологічними) нормами, встановленими Міністерством охорони здоров'я України, громадянам, віднесеним до категорій 1 та 2 постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи	
Щомісячна грошова компенсація на дітей, які не харчуються в закладах освіти, розташованих на територіях радіоактивного забруднення, та дітей, які є особами з інвалідністю внаслідок Чорнобильської катастрофи і не харчуються в закладах освіти, у тому числі за дні, в які вони не відвідували ці заклади	
4. Тимчасова державна допомога дітям, батьки яких ухиляються від сплати аліментів, не мають можливості утримувати дитину або місце проживання їх невідоме	
5. Соціальна допомога на дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, грошове забезпечення батькам-вихователям і прийомним батькам	
6. Допомога на догляд (щомісячна грошова допомога особі, яка проживає разом з особою з інвалідністю I чи II групи внаслідок психічного розладу, яка за висновком лікарської комісії медичного закладу потребує постійного стороннього догляду, на догляд за нею)	
7. Грошова компенсація замість санаторно-курортної путівки	
8. Компенсація вартості самостійного санаторно-курортного лікування	
9. Одноразова винагорода жінці, якій присвоєно почесне звання України «Мати-героїня»	
10. Одноразова матеріальна допомога особі, яка постраждала від торгівлі	

людьми	
11. Допомога на поховання	
12. Тимчасова державна соціальна допомога непрацюючій особі, яка досягла загального пенсійного віку, але не набула права на пенсійну виплату	
13. Допомога на дітей, які виховуються у багатодітних сім'ях	
14. Соціальна допомога на утримання дитини в сім'ї патронатного вихователя, оплата послуги патронату над дитиною (грошове забезпечення патронатного вихователя та помічника патронатного вихователя), сплата єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування за патронатного вихователя	

До заяви відповідно до законодавства додаю _____ документів на _____ аркушах.

У разі призначення / проведення перерахун-ку соціальної допомоги / компенсації (підкреслити потрібне) прошу виплатити кошти:

☐ через організацію, яка здійснює виплату і доставку пенсій та грошової допомоги за місцем фактичного проживання _____ /
(найменування організації)

на рахунок у банку _____ /
(назва банку)

(номер рахунка (за стандартом IBAN))

☐ на особовий рахунок будинку-інтернату, установи (закладу), де особа з інвалідністю з дитинства або дитина з інвалідністю перебуває на повному державному утриманні, у банку _____ (назва банку)

(номер рахунка (за стандартом IBAN))

Підтверджую відсутність змін у складі сім'ї (при повторному зверненні).

Усвідомлюю, що надані мною відомості про доходи та майно, що вплинули або могли вплинути на прийняте рішення щодо призначення / перерахунку соціальної допомоги / компенсації, будуть перевірені згідно із законодавством України.

Мене поінформовано про те, що в разі зміни обставин, які можуть вплинути на отримання мною соціальної допомоги / компенсації, я повинен / повинна повідомити про це орган соціального захисту населення.

Про відмову у призначенні / про припинення виплати призначеної соціальної допомоги / компенсації та / або про повернення надміру виплачених коштів у разі подання неповних чи недостовірних відомостей про доходи та майновий стан сім'ї мене попереджено.

(підпис)

(дата)

Інформація, яка повідомляється одинокою матір'ю (азначити необхідне)

1. У шлюбі	Перебувала	Не перебувала	Перебуваю
2. З особою, від якої маю дитину	Проживаю	Не проживаю	
3. Пенсію в разі втрати годувальника або соціальну пенсію (заповнюють лише вдови, вдівці)	Отримую	Не отримую	

Інформація щодо призначення пенсії в разі втрати годувальника, яка повідомляється одержувачем державної соціальної допомоги, особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю

Управління Пенсійного фонду, у якому перебуває на обліку одержувач допомоги	Номер пенсійної справи

Інформація щодо отримання пенсій (допомоги) особою, за якою здійснюється догляд, яка повідомляється одержувачем компенсаційної виплати / допомоги по догляду

Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності), адреса, орган, у якому перебуває на обліку одержувач пенсії (допомоги) (особа, за якою здійснюється догляд)	Номер пенсійної справи

Якщо прийняття рішення щодо призначення / перерахунку допомоги потребуватиме окремого рішення місцевого органу виконавчої влади / органу місцевого самоврядування, прошу подати / не подавати мою заяву на розгляд місцевому органу виконавчої влади / органу місцевого самоврядування (потрібне підкреслити):

(підпис заявника / уповноваженого представника)

(дата)

Я надаю згоду на передачу (за потреби) моїх персональних даних та підтверджую наявність згоди осіб, зазначених у цій заяві, на передачу їхніх персональних даних урядам іноземних держав, міжнародним організаціям, донорським установам з метою отримання допомоги (у разі можливості надання такої) за рахунок їхніх коштів у порядку, визначеному законодавством.

Заповнюється працівником структурного підрозділу з питань соціального захисту населення / виконавчого органу сільської, селищної, міської, районної у місті (у разі її утворення) ради, військової адміністрації / центру надання адміністративних послуг

Відомості з паспорта та поданих документів звірено.

Заяву та документи на _____ аркушах прийнято _____ 20____ р. та зареєстровано за № _____

Для розгляду заяви необхідно додати до _____ 20____ р. такі документи:

_____ **Ознайомився(лась)** _____

(посада працівника) (прізвище та підпис) (підпис заявника / уповноваженого представника)

Спосіб отримання повідомлення про призначення соціальної допомоги / компенсації (або відмову в її призначенні) *(обрати)*:

- ☐ отримую особисто
- ☐ надіслати із використанням засобів поштового зв'язку
- ☐ доставити кур'єром за додаткову плату
- ☐ надіслати на адресу електронної пошти _____
- ☐ передати з використанням інших технічних засобів електронних комунікацій