



ЗАТВЕРДЖЕНО
Рішення виконавчого комітету
Ічнянської міської ради
від 12 березня 2025 року № 77

ІНФОРМАЦІЙНА КАРТКА АДМІНІСТРАТИВНОЇ ПОСЛУГИ 03 - 27

**НАДАННЯ ОДНОРАЗОВОЇ ГРОШОВОЇ ДОПОМОГИ
ОСОБАМ, ЯКІ ОТРИМАЛИ ЗАХВОРЮВАННЯ, ПОРАНЕННЯ, КОНТУЗІЇ ПІД ЧАС
ЗАХИСТУ БАТЬКІВЩИНИ, ЗДІЙСНЕННЯ ЗАХОДІВ ІЗ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ
ОБОРОНИ УКРАЇНИ, ЗАХИСТУ БЕЗПЕКИ НАСЕЛЕННЯ ТА ІНТЕРЕСІВ
ДЕРЖАВИ У ЗВ'ЯЗКУ З ВІЙСЬКОВОЮ АГРЕСІЄЮ РОСІЙСЬКОЇ ФЕДЕРАЦІЇ
ПРОТИ УКРАЇНИ**

Відділ «Центр надання адміністративних послуг» Ічнянської міської ради
(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	16700, Чернігівська область, прилуцький район, м. Ічня, пл. Т. Г. Шевченка, 1
2	Інформація щодо режиму роботи	Понеділок з 08.00 до 15.00 Вівторок з 08.00 до 15.00 Середа з 08.00 до 15.00 Четвер з 08.00 до 20.00 П'ятниця з 08.00 до 15.00 Субота з 08.00 до 15.00 Неділя – вихідний Без перерви на обід
3	Телефон / факс, електронна адреса, офіційний веб-сайт	Тел/факс: (04633) 2-13-49 Веб-сайт: https://ichnya.cg.gov.ua Електронна пошта: ichnyamr_post@cg.gov.ua (ichnyamr@ukr.net)
Нормативні акти, якими регламентується надання адміністративної послуги		
4	Закони України	Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту»; Закон України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей»; Закон України «Про місцеве самоврядування в Україні»; Закон України «Про адміністративні послуги»
5	Інші законодавчі акти	Рішення сорок третьої сесії восьмого скликання Ічнянської міської ради восьмого скликання від 24 грудня 2024 року № 1207–VIII «Про затвердження програми підтримки ветеранів війни, Захисників і Захисниць України, членів їх сімей та членів сімей загиблих (померлих) ветеранів війни, членів сімей загиблих (померлих) Захисників і Захисниць, членів сімей зниклих безвісти військовослужбовців Ічнянської

		територіальної громади на 2025 рік»
Умови отримання адміністративної послуги		
7	Підстава для отримання	Заява про надання одноразової грошової допомоги особам, які отримали захворювання, поранення, контузії під час захисту Батьківщини, здійснення заходів із забезпечення оборони України, захисту безпеки населення та інтересів держави у зв'язку з військовою агресією російської федерації проти України
8	Перелік необхідних документів	<ol style="list-style-type: none"> 1. Заява* 2. Копія паспорта громадянина України (з пред'явленням оригіналу); 3. Копія довідки про присвоєння реєстраційного номера облікової карти платника податків (крім осіб, які через свої релігійні переконання відмовились від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків, офіційно повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають про це відмітку в паспорті); 4. Копія витягу з реєстру територіальної громади про місце реєстрації військовослужбовця або учасника бойових дій; 5. Копія довідки про обставини травми (поранення, контузії, каліцтва); копія довідки військово-лікарської комісії (за наявності); копія виписки із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого (форма № 027/о) та/або копії інших документів, виданих медичним закладом, що підтверджують проходження лікування, виданих не пізніше 12 місяців перед зверненням за одноразовою грошовою допомогою (з пред'явленням оригіналів зазначених довідок); 6. Довідка за реквізитами з банку завірена печаттю <p><i>У разі подання заяви законним представником додатково подаються: копія рішення суду про визнання особи недієздатною та призначення опікуна; копія паспорта громадянина України законного представника (з пред'явленням оригіналу); копія довідки про присвоєння реєстраційного номера облікової картки платника податків (крім осіб, які через свої релігійні переконання відмовились від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків, офіційно повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають про це відмітку в паспорті) законного представника; копія витягу з реєстру територіальної громади про місце реєстрації законного представника.</i></p> <p><i>У разі подання заяви представником додатково подаються: довіреність, посвідчена в установленому законом порядку; копія паспорта громадянина України представника (з пред'явленням оригіналу); копія довідки про присвоєння реєстраційного номера облікової картки платника податків (крім осіб, які через свої релігійні</i></p>

		переконання відмовились від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків, офіційно повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають про це відмітку в паспорті) представника; копія витягу з реєстру територіальної громади про місце реєстрації представника
9	Спосіб подання документів	Особисто заявником або уповноваженою особою
10	Платність (безоплатність) надання	Послуга надається на безоплатній основі
11	Строк надання	30 днів (календарні)
12	Перелік підстав для відмови у наданні	1. Відсутність повного пакету документів; 2. Виявлення недостовірних даних, поданих заявником; 3. Письмова відмова заявника (законного представника, представника) в одержанні призначеної одноразової допомоги
13	Результат надання адміністративної послуги	Надання одноразової грошової допомоги/письмова відмова в наданні одноразової грошової допомоги
14	Способи отримання відповіді (результату)	Особисто заявником на відкритий рахунок у банківській установі

*До інформаційної картки додається форма заяви

Міський голова

підпис

Олена БУТУРЛИМ

Згідно з оригіналом
Міський голова
12.03.2025



Олена БУТУРЛИМ

Міському голові
Олені БУТУРЛИМ

(Прізвище, ім'я, по батькові)

(адреса проживання)

(контактний телефон)

ЗАЯВА

Прошу надати мені одноразової грошової допомоги особам, які отримали захворювання, поранення, контузії під час захисту батьківщини, здійснення заходів із забезпечення оборони України, захисту безпеки населення та інтересів держави у зв'язку з військовою агресією російської федерації проти України, передбачену Програмою підтримки ветеранів війни, захисників і захисниць України, членів їх сімей та членів сімей загиблих (померлих) ветеранів війни, членів сімей загиблих (померлих) захисників і захисниць, членів сімей зниклих безвісти військовослужбовців Ічнянської територіальної громади на 2025 рік, затвердженою рішенням сесії Ічнянської міської ради 8 скликання від №

Виплату допомоги прошу здійснити на рахунок у банківській установі.

До заяви додаю:

_____ 2025 р.

Даю згоду на обробку персональних даних відповідно до Закону України «Про захист персональних даних»

Я, _____

несу відповідальність за достовірність наданої інформації.

«__» _____ 2025 року

Міський голова
Згідно з оригіналом
Міський голова
12.03.2025



підпис

Олена БУТУРЛИМ

Олена БУТУРЛИМ