

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства соціальної політики України
28 травня 2021 року N 278

(повне найменування підприємства)

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

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

місце проживання (зареєстроване):

місце проживання/перебування (фактичне):

Контактні телефони _____

Електронна адреса _____

ЗАЯВКА

про намір забезпечення протезно-ортопедичним виробом, у тому числі
ортопедичним взуттям, допоміжними засобами для особистого догляду та
захисту

Прошу забезпечити _____
(найменування виробу)

Мені роз'яснено, що відповідно до Порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані технічні засоби реабілітації, затвердженого [постановою Кабінету Міністрів України від 05 квітня 2012 року N 321](#) (в редакції [постанови Кабінету Міністрів України від 14 квітня 2021 року N 362](#)):

забезпечення протезно-ортопедичними виробами, у тому числі ортопедичним взуттям, допоміжними засобами для особистого догляду та захисту (далі - індивідуальний засіб реабілітації), надання послуг з їх післягарантійного ремонту проводиться згідно з договорами, укладеними територіальним відділенням Фонду соціального захисту інвалідів з підприємством у межах бюджетних призначень, у порядку черговості;

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

підвид індивідуального засобу реабілітації та мої функціональні можливості визначає лікар підприємства у замовленні на індивідуальний засіб реабілітації відповідно до Порядку визначення функціональних можливостей особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю, іншої особи, затвердженого [наказом Міністерства соціальної політики України від 20 січня 2015 року N 37](#), зареєстрованого у Міністерстві юстиції України 30 січня 2015 року за N 99/26544;

функціональність протезно-ортопедичного виробу, яким мене буде забезпечено, має відповідати ступеню моїх функціональних можливостей;

на індивідуальний засіб реабілітації за моїм бажанням може оформлюватися спеціалістами підприємства за місцем мого проживання (перебування);

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

замовлення на виготовлення необхідного мені індивідуального засобу реабілітації передається на виробництво після обов'язкового уточнення моїх антропометричних даних, яке проводиться не пізніше ніж за 30 днів до дня його передання;

за письмовим зверненням (моїм чи мого законного представника) підприємство може надіслати поштою лише obturatori та ортези із текстильних матеріалів;

право на забезпечення технічними та іншими 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; повернення засобів, що підлягають поверненню, відповідно до Переліку виданих особам з інвалідністю, дітям з інвалідністю та іншим окремим категоріям населення технічних та інших засобів реабілітації, що підлягають поверненню до структурних підрозділів з питань соціального захисту населення районних, районних у містах Києві та Севастополі держадміністрацій, виконавчих органів міських, районних у містах рад у разі смерті зазначених осіб та з інших причин, якщо строк їх експлуатації не закінчився, затвердженого [наказом Міністерства соціальної політики України від 10 серпня 2018 року N 1138](#), зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 06 вересня 2018 року за N 1014/32466;

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

я, мій законний представник чи уповноважена особа повинні забрати індивідуальний засіб реабілітації протягом чотирьох місяців із дня його виготовлення.

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 технічними та іншими засобами реабілітації

Заяву та документи на ___ аркушах прийнято ___ 20__ р. та зареєстровано за № _____.	
Додатково для розгляду заяви необхідно до ___ 20__ р. подати такі документи: _____	
_____ (підпис, Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ особи, що прийняла документи)	Ознайомився(лась) _____ (підпис заявника / законного представника / уповноваженої особи)

* Оброблення персональних даних проводиться відповідно до Закону України „Про захист персональних даних”.

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства соціальної політики України
28 травня 2021 року N 278

(повне найменування підприємства)

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

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

місце проживання (зареєстроване):

місце проживання/перебування (фактичне):

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 технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані технічні та інші засоби реабілітації, затвердженого [постановою Кабінету Міністрів України від 05 квітня 2012 року N 321](#) (в редакції [постанови Кабінету Міністрів України від 14 квітня 2021 року N 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 інвалідів з підприємством у межах бюджетних призначень, у порядку черговості;

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, постраждалого внаслідок антитерористичної операції; затвердженим [наказом Міністерства соціальної політики України від 17 березня 2021 року N 134](#), зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 01 квітня 2021 року за N 429/36051;

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 інвалідів 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 технічними та іншими 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 Переліку виданих особам з інвалідністю, дітям з інвалідністю та іншим окремим категоріям населення технічних та інших засобів реабілітації, що підлягають поверненню до структурних підрозділів з питань соціального захисту населення районних, районних у містах Києві та Севастополі держадміністрацій, виконавчих органів міських, районних у містах рад у разі смерті зазначених осіб та з інших причин, якщо строк їх експлуатації не закінчився, затвердженого [наказом Міністерства соціальної політики України від 10 серпня 2018 року N 1138](#), зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 06 вересня 2018 року за N 1014/32466;

виявлення, зокрема за результатами моніторингу технічних та інших засобів реабілітації, виданих за рахунок коштів державного бюджету, факту умисних пошкодження, втрати, продажу, обміну та/або дарування технічних та інших засобів реабілітації іншій особі протягом строку, на який вони видаються,

може бути також підставою для відмови в забезпеченні технічними та іншими засобами реабілітації на наступний строк;

я, мій законний представник чи уповноважена особа повинні забрати індивідуальний засіб реабілітації протягом чотирьох місяців із дня його виготовлення.

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 технічними та іншими засобами реабілітації.

Заяву та документи на ___ аркушах прийнято ___ 20__ р. та зареєстровано за № _____.	
Додатково для розгляду заяви необхідно до ___ 20__ р. подати такі документи: _____	
_____ (підпис, Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ особи, що прийняла документи)	Ознайомився(лась) _____ (підпис заявника / законного представника / уповноваженої особи)

* Оброблення персональних даних проводиться відповідно до Закону України „Про захист персональних даних”.

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства соціальної політики України
28 травня 2021 року N 278

(повне найменування підприємства)

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

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

місце проживання (зареєстроване):

місце проживання/перебування (фактичне):

Контактні телефони _____

Електронна адреса _____

ЗАЯВКА

на проведення ремонту технічних та інших засобів реабілітації

Прошу провести післягарантійний ремонт _____
(найменування виробу)

у зв'язку _____

Мене ознайомлено із тим, що:
сумарний розмір видатків на ремонт і технічне обслуговування технічних та інших засобів реабілітації за весь період експлуатації не може перевищувати 70 відсотків граничної ціни засобу, встановленої Мінсоцполітики. При цьому до видатків на ремонт крісел колісних з електроприводом або електроскутерів вартість акумуляторів у разі їх заміни не включається та підприємству не відшкодовується;
вартість акумуляторів для крісел колісних з електроприводом або електроскутерів у разі придбання їх мною, що підтверджується видатковою накладною (товарним чеком), відшкодовується один раз на два роки (не більше ніж за дві одиниці);

ремонт технічного та іншого засобу реабілітації, гарантійний строк експлуатації якого не закінчився, проводиться підприємством, яке забезпечило мене цим виробом;

технічне обслуговування або ремонт технічного та іншого засобу реабілітації проводиться у строк не більше ніж місяць з дати надходження щомісячних бюджетних асигнувань у межах створених попередніх замовлень;

у разі отримання мною нового технічного та іншого засобу реабілітації після гарантійний ремонт раніше виданого засобу за рахунок коштів державного бюджету не проводиться;

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

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 технічними та іншими засобами реабілітації

Заяву та документи на ___ аркушах прийнято ___ 20__ р. та зареєстровано за № _____.	
Додатково для розгляду заяви необхідно до ___ 20__ р. подати такі документи: _____	
_____ / _____	Ознайомився(лась) _____
(підпис, Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ особи, що законного представника / прийняла документи) уповноваженої особи)	(підпис заявника / _____)
✂------(лінія відрізу)-----	
Заяву та документи на ___ аркушах прийнято ___ 20__ р. та зареєстровано за № _____.	
Додатково для розгляду заяви необхідно до ___ 20__ р. подати такі документи: _____	
_____ / _____	Ознайомився(лась) _____
(підпис, Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ особи, що законного представника / прийняла документи) уповноваженої особи)	(підпис заявника / _____)

* Оброблення персональних даних проводиться відповідно до Закону України „Про захист персональних даних”.