****

**УКРАЇНА**

**ЛИСИЧАНСЬКА МІСЬКА ВІЙСЬКОВА АДМІНІСТРАЦІЯ СЄВЄРОДОНЕЦЬКОГО РАЙОНУ ЛУГАНСЬКОЇ ОБЛАСТІ**

**РОЗПОРЯДЖЕННЯ**

**НАЧАЛЬНИКА ЛИСИЧАНСЬКОЇ МІСЬКОЇ**

**ВІЙСЬКОВОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ**

07.02.2024 м. Лисичанськ № 59

**Про затвердження Положення про порядок надання одноразової матеріальної допомоги сім’ям загиблих або померлих Захисників і Захисниць України**

Керуючись частиною першою, пунктом 44 та абзацом сорок дев’ятим частини другої, пунктом 8 частини шостої статті 15 Закону України «Про правовий режим воєнного стану», пунктом 20 частини четвертої статті 42 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні», Указами Президента України від 24.02.2022 №64/2022 «Про введення воєнного стану в Україні» (зі змінами), затвердженим Законом України від 24.02.2022 № 2102-IX, від 11.06.2022 №406/2022 «Про утворення військової адміністрації», Постановою Верховної Ради України від 18.10.2022 № 2670-ІХ «Про здійснення начальником Лисичанської міської військової адміністрації Сєвєродонецького району Луганської області повноважень, передбачених частиною другою статті 10 Закону України «Про правовий режим воєнного стану», з метою виконання заходів Програми соціальної підтримки Захисників і Захисниць України, членів їх сімей та членів сімей загиблих (померлих) Захисників і Захисниць України на 2023-2025 роки, затвердженої розпорядженням начальника міської військової адміністрації від 06.10.2023 № 525 (зі змінами),

**зобов’язую**:

затвердити Положення про порядок надання одноразової матеріальної допомоги сім’ям загиблих або померлих Захисників і Захисниць України (далі – Положення), що додається.

**Начальник Лисичанської міської**

**військової адміністрації Валерій ШИБІКО**

ЗАТВЕРДЖЕНО

Розпорядженням начальника Лисичанської міської військової адміністрації

від 07.02.2024 № 59

**Положення**

**про порядок надання одноразової матеріальної допомоги сім’ям загиблих або померлих Захисників і Захисниць України**

1. **Загальні положення**

1.1. Це Положення визначає порядок та механізм надання одноразової матеріальної допомоги членам сімей загиблих Захисників і Захисниць України, які брали участь у заходах, необхідних для забезпечення оборони України, захисту безпеки населення та інтересів держави у зв’язку з військовою агресією Російської Федерації проти України та загинули або померли внаслідок поранення, контузії, каліцтва, захворювання (далі – матеріальна допомога), розроблений з метою виконання заходів Програми соціальної підтримки Захисників і Захисниць України, членів їх сімей та членів сімей загиблих (померлих) Захисників і Захисниць України на 2023-2025 роки, затвердженої розпорядженням начальника міської військової адміністрації від 06.10.2023 № 525 (зі змінами).

* 1. Під терміном «Захисники і Захисниці» розуміються особи, які у період з 24.02.2022 загинули або померли внаслідок поранення, контузії, каліцтва або захворювання, одержаних під час безпосередньої участі у заходах, необхідних для забезпечення оборони України, захисту безпеки населення та інтересів держави у зв’язку з військовою агресією Російської Федерації проти України.
	2. Право на матеріальну допомогу мають члени сімей загиблих або померлих Захисників і Захисниць України, які на дату загибелі, смерті мали зареєстроване місце проживання в населених пунктах Лисичанської міської територіальної громади або мали статус внутрішньо переміщеної особи станом на 24.02.2022 за адресою фактичного місця проживання на території Лисичанської міської територіальної громади.

1.4. До членів сім’ї загиблого або померлого Захисника чи Захисниці України належать дружина (чоловік), діти та батьки.

* 1. Матеріальна допомога виплачується одному із членів сім’ї загиблого або померлого Захисника чи Захисниці (далі - уповноважений представник сім’ї).

1.6. Уповноважений представник сім’ї має право звернутися з заявою про надання матеріальної допомоги протягом 36 місяців з дати смерті Захисника чи Захисниці.

1.7. Допомога надається за рахунок коштів бюджету Лисичанської міської територіальної громади, в межах бюджетних асигнувань передбачених на поточний рік.

**2. Порядок надання матеріальної допомоги**

2.1. Для отримання матеріальної допомоги уповноважений представник сім`ї загиблого або померлого Захисника чи Захисниці України подає заяву на ім’я начальника Лисичанської міської військової адміністрації за формою згідно з додатком до Положення.

До заяви обов’язково додаються:

копія паспорта громадянина України (у випадку подання паспорта у формі ІD-картки додається копія документа, що підтверджує місце реєстрації/місце проживання);

копія реєстраційного номера облікової картки платника податків заявника (крім осіб, які через свої релігійні переконання відмовились від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідний орган Державної податкової служби і мають відмітку у паспорті/запис в електронному безконтактному носії або в паспорті проставлено слово «відмова», та осіб, які мають паспорт у формі ІD-картки);

копія довідки про взяття на облік внутрішньо переміщеної особи (за наявності). Для осіб, які перемістилися з тимчасово непідконтрольних Україні територій та мали статус внутрішньо переміщеної особи станом на 24.02.2022 – копія довідки про взяття на облік внутрішньо переміщеної особи із зазначенням фактичного місця проживання на території Лисичанської міської територіальної громади (за наявності). Крім того, у заяві окремо зазначається адреса фактичного місця проживання на території Лисичанської міської територіальної громади станом на 24.02.2022;

копія свідоцтва про смерть загиблого (померлого) Захисника чи Захисниці;

копія документа, що свідчить про причини та обставини загибелі (смерті), зокрема повідомлення про загибель (смерть) та/або лікарське свідоцтво про смерть, та/або довідка про безпосередню участь особи у заходах, необхідних для забезпечення оборони України, захисту безпеки населення та інтересів держави у зв’язку з військовою агресією Російської Федерації проти України (додаток до постанови КМУ від 23.09.2015 № 740), та/або акт службового розслідування, тощо;

копія посвідчення «Член сім’ї загиблого Захисника чи Захисниці України» (за наявності);

копії документів, що підтверджують родинні стосунки (свідоцтво про одруження, свідоцтво про народження тощо);

згода на збір інформації та обробку персональних даних;

реквізити особистого банківського рахунку уповноваженого представника сім’ї, відкритого в установі уповноваженого банку.

1. 2.2. Документи, що надаються в копіях мають бути засвідчені належним чином, а саме шляхом проставлення слів «Згідно з оригіналом» (без лапок), власноручного підпису, прізвища, ініціалів імені, по батькові й дати.
2. 2.3. Заявник несе відповідальність за достовірність наданих документів.

2.4. Матеріальна допомога надається членам сімей загиблих або померлих Захисників і Захисниць України одноразово. Розмір матеріальної допомоги становить 15000 гривень.

2.5. Заява про надання матеріальної допомоги та додані до неї документи надаються особисто уповноваженим представником сім`ї або надсилаються засобами поштового зв’язку Лисичанській міській військовій адміністрації (площа Троїцька, 5а, місто Дніпро, 49001, номер телефону контактної особи: 0505124264). Оплата за пересилання заяви та доданих до неї документів здійснюється за рахунок відправника.

2.6. Прийняті заява та документи після реєстрації та резолюції начальника міської військової адміністрації передаються для опрацювання управлінню соціального захисту населення Лисичанської міської військово-цивільної адміністрації (далі - УСЗН). Відповідальна особа УСЗН перевіряє повноту пакету документів.

2.7. Заява на отримання матеріальної допомоги та додані до неї документи розглядаються Комісією з надання одноразової грошової допомоги Захисникам і Захисницям України (далі - Комісія), склад якої затверджено розпорядженням начальника Лисичанської міської військової адміністрації від 06.11.2023 № 588 (зі змінами), протягом 30 днів з дня надходження до УСЗН заяви та повного пакету документів, визначених пунктом 2.1 розділу 2 цього Положення.

У разі подання неповного пакету документів, передбачених пунктом 2.1 розділу 2 цього Положення, такі заява та документи на розгляд Комісії не виносяться.

2.8. Рішення Комісії оформлюється протоколом, на підставі якого готується проєкт розпорядження начальника Лисичанської міської військової адміністрації про надання матеріальної допомоги.

**3. Виплата матеріальної допомоги**

3.1. Головним розпорядником коштів, передбачених у бюджеті Лисичанської міської територіальної громади для виплати матеріальної допомоги, є УСЗН.

3.2. Виплата матеріальної допомоги здійснюється за умови наявності коштів у бюджеті Лисичанської міської територіальної громади, передбачених на її виплату, та в межах затверджених кошторисних призначень шляхом безготівкового перерахування грошових коштів на рахунок заявника, відкритий в установі уповноваженого банку.

3.3. Підставою для виплати є розпорядження начальника Лисичанської міської військової адміністрації про надання матеріальної допомоги.

3.4. Кошти бюджету Лисичанської міської територіальної громади використовуються відповідно до законодавства за цільовим призначенням. Використання коштів бюджету громади на інші цілі забороняється. Невикористані кошти щороку підлягають поверненню на відповідний рахунок бюджету Лисичанської міської територіальної громади.

3.5. Складання і подання фінансової та бюджетної звітності про використання коштів бюджету громади, а також контроль за їх цільовим та ефективним використанням здійснюються в установленому законодавством порядку.

**Начальник управління**

**соціального захисту населення Олена БЄЛАН**

Додаток

до Положення

Начальнику

Лисичанської міської

військової адміністрації

Сєвєродонецького району

Луганської області

**Валерію ШИБІКО**

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

(прізвище, ім’я, по батькові (за наявності) уповноваженого представника сім’ї)

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

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

(адреса зареєстрованого місця проживання уповноваженого представника сім’ї)

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

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

(адреса фактичного місця проживання уповноваженого представника сім’ї)

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

(номер телефону)

**ЗАЯВА**

Прошу надати одноразову матеріальну допомогу як уповноваженому представнику сім’ї загиблого (померлого) Захисника (Захисниці) України

 необхідне підкреслити \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (зазначити прізвище, ім’я, по батькові Захисника (Захисниці))

До заяви додаю: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

**ЗГОДА**

**на збір інформації та обробку персональних даних**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ шляхом підписання цього тексту, відповідно до Закону України «Про захист персональних даних», надаю згоду Лисичанській міській військовій адміністрації Сєвєродонецького району Луганської області та її структурним підрозділам, на збір, обробку та зберігання моїх особистих даних у картотеках та/або за допомогою інформаційно-пошукової системи обліку звернень громадян з метою її обробки згідно Закону України «Про звернення громадян».

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

 (дата) (підпис)

**Начальник управління**

**соціального захисту населення Олена БЄЛАН**