**Департамент соціального захисту населення Сумської міської ради**

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

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

*(прізвище, ім’я та по батькові заявника)*

який / яка *(підкреслити потрібне)* проживає за адресою:

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

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

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

за адресою \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

*(контактний номер телефону)*

**ЗАЯВА**

**про визначення потреби на поселення в тимчасові модульні споруди на умовах короткострокового / непостійного проживання**

**І.** Відповідно до розпорядження міського голови від 08.07.2025 № 236 - Р «Про організацію прийому із визначення потреби окремих категорій осіб на їх поселення в тимчасові модульні споруди на умовах короткострокового / непостійного проживання», **інформую про потребу у поселенні до тимчасових модульних споруд**, що готуються до введення в експлуатацію по вул. Сумської тероборони у місті Суми,
одноосібно мене або мене та членів моєї сім’ї / членів постраждалого домогосподарства

*(підкреслити потрібне)*

у складі \_\_\_\_ осіб (далі – потребуючі поселення), зокрема:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Прізвище, ім’я та по батькові | Родинні зв’язки | Реєстраційний номер облікової картки платника податків заявника | Номер та серія паспорта або свідоцтва про народження | Дата і номер довідки про взяття на облік внутрішньо переміщеної особи у межах Сумської міської територіальної громади (за наявності) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**II.** Підтверджую обставини наявності документально засвідченого
факту, станом на дату подання цієї заяви, приналежності
мене або мене та членів моєї сім’ї / членів постраждалого домогосподарства

*(підкреслити потрібне)*

до числа:

* внутрішньо переміщених осіб;
* жителів громади, чиє житло внаслідок збройної агресії російської федерації проти України визнане знищеним / зруйнованим / пошкодженим і водночас непридатним для проживання;
* внутрішньо переміщених осіб або жителів громади чиє житло внаслідок надзвичайної ситуації, визнане знищеним / зруйнованим / пошкодженим і водночас непридатним для проживання.

**III.** Повідомляю та підтверджую обставини документально засвідченого факту, станом на дату подання цієї заяви, що потребуючі поселення належать до категорій осіб / сімей / постраждалих домогосподарств з числа нижченаведених:

* внутрішньо переміщених осіб, у яких сім’я складається із понад трьох дітей до 18 років;
* внутрішньо переміщених осіб, у яких сім’я складається із трьох і більше осіб з інвалідністю;
* внутрішньо переміщених осіб, у яких хоча б одна особа з інвалідністю І групи, або дитина з інвалідністю підгрупи А / одинока особа з інвалідністю І групи;
* внутрішньо переміщених осіб, евакуйованих / переміщених з прикордонних громад Сумської області;
* жителів громади, чиє житло внаслідок збройної агресії російської федерації проти України визнане знищеним / зруйнованим / пошкодженим і водночас непридатним для проживання;
* внутрішньо переміщених осіб або жителів громади чиє житло внаслідок надзвичайної ситуації, визнане знищеним / зруйнованим / пошкодженим і водночас непридатним для проживання;
* внутрішньо переміщених осіб, у яких сім’я складається із трьох дітей до 18 років;
* внутрішньо переміщених осіб, у яких в сім’ї є вагітні жінки / одинокі вагітні жінки;
* внутрішньо переміщених осіб, у яких сім’я складається з двох осіб з інвалідністю
* внутрішньо переміщених осіб, у яких хоча б одна особа з інвалідністю ІІ групи, або одна дитина з інвалідністю (без підгрупи) / одинока особа з інвалідністю ІІ групи;
* внутрішньо переміщених осіб, у яких сім’я складається із дітей до 18 років;
* внутрішньо переміщених осіб, у яких у складі сім’ї є особа з інвалідністю;
* внутрішньо переміщених осіб, у яких сім’я складається виключно із осіб, яким понад 60 років;
* внутрішньо переміщених осіб, які не належать до жодної із вищезазначених категорій.

**IV.** Повідомляю та підтверджую обставини, що станом на дату подання цієї заяви кожна із осіб, що потребує поселення:

* не має у власності житлове приміщення / частину житлового приміщення (площею не менш як 13,65 кв. метра на одного члена сім’ї), що розташоване на територіях, не включених до [переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих російською федерацією](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1668-22#n15), затвердженого Мінрозвитку, або територіях, включених до переліку територій, щодо яких визначено дату завершення бойових дій (припинення можливості бойових дій) або дату завершення тимчасової окупації (крім житлових приміщень, які непридатні для проживання, що підтверджується рішенням органу місцевого самоврядування про визнання житлового будинку (житлового приміщення) невідповідним санітарним і технічним вимогам та непридатним для проживання або інформацією, внесеною до Державного реєстру майна, пошкодженого та знищеного внаслідок бойових дій, терористичних актів, диверсій, спричинених збройною агресією російської федерації проти України);
* не проживає у гуртожитку, призначеному для тимчасового проживання, у зв’язку з навчанням чи підвищенням кваліфікації у закладах освіти та у зв’язку з роботою (службою) за контрактом;
* не перебуває на повному державному утриманні в будинку дитини, дитячому будинку, дитячому будинку-інтернаті, психоневрологічному інтернаті, будинку-інтернаті для громадян похилого віку та осіб з інвалідністю, спеціальному будинку-інтернаті системи соціального захисту населення;
* не отримує за рахунок коштів бюджету Сумської міської територіальної громади цільової щомісячної матеріальної допомоги для покриття витрат на проживання постраждалому домогосподарству або інших соціальних виплат, що виплачуються з бюджету СМТГ для покриття витрат на проживання у іншому житлі, за винятком декларування своєї готовності відмовитись від її отримання та подання відповідної заяви про припинення вищезазначених допомог, за умови узгодження питання їх поселення.

**V.** Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(прізвище, ім’я та по батькові заявника)*

* цією заявою підтверджую достовірність наданої у ній інформації, а також повідомлений(а), що можливість поселення до тимчасової модульної споруди буде визначатись з урахуванням наступного документального підтвердження мною відповідності / достовірності повідомлених у цій заяві обставин, дотримання інших вимог, унормованих в окремо прийнятому акті органу місцевого самоврядування, що визначатиме процедуру та умови набуття права на поселення окремих категорій осіб;
* даю згоду на комунікацію зі мною через засоби телекомунікаційного зв’язку:

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

*(вказати Signal, Telegram, Viber, Whats App, ін. веб-сервіси для миттєвого обміну інформацією та номер телефону);*

* підтверджую, що інформація / документи, які будуть отримані мною через узгоджені засоби зв’язку, вважається доведеною до мого відома у день її направлення;
* із прийняттям цієї заяви повідомлений, що протягом 10 днів з моменту інформування мене попередньо узгодженими засобами зв’язку про прийняття акту органу місцевого самоврядування, що визначатиме процедуру та умови набуття права на поселення окремих категорій осіб, я маю підтвердити відповідність / достовірність повідомлених раніше обставин / звернутись за для означених дій до уповноваженого органу / подати повний пакет документів, передбачений цим актом, за протилежних обставин поінформований(а), що втрачу право щодо пріоритетної послідовності постановки на облік до відповідної черги та відносно визначення права за цією процедурою;
* підписанням цієї заяви підтверджую, що був поінформований про фіксацію дати та часу її подання, зокрема:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, у зв’язку з чим, не потребую

 *(дата та час прийняття заяви)*

повідомлення мене про означені обставини.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  *\_\_\_\_\_\_\_\_* *(дата)* |  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *(підпис заявника)* | *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* *(ПІБ)* |
|  |  |  |

*Заповнюється відповідальною особою Департаменту соціального захисту населення Сумської міської ради.*

Заяву прийнято «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_р. \_\_\_\_\_ год. \_\_\_\_\_\_\_хв. та зареєстровано за № \_\_\_\_\_\_

**Відповідальна особа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_ **Ознайомився \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (ПІБ та підпис відповідальної особи) (підпис заявника)

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

***Заповнюється відповідальною особою Департаменту соціального захисту населення Сумської міської ради.***

Заяву прийнято «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_р. \_\_\_\_\_ год. \_\_\_\_\_\_\_хв. та зареєстровано за № \_\_\_\_\_\_

**Відповідальна особа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Ознайомився \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (ПІБ та підпис відповідальної особи) (підпис заявника)