



МІНІСТЕРСТВО  
СОЦІАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ  
УКРАЇНИ



SURGe



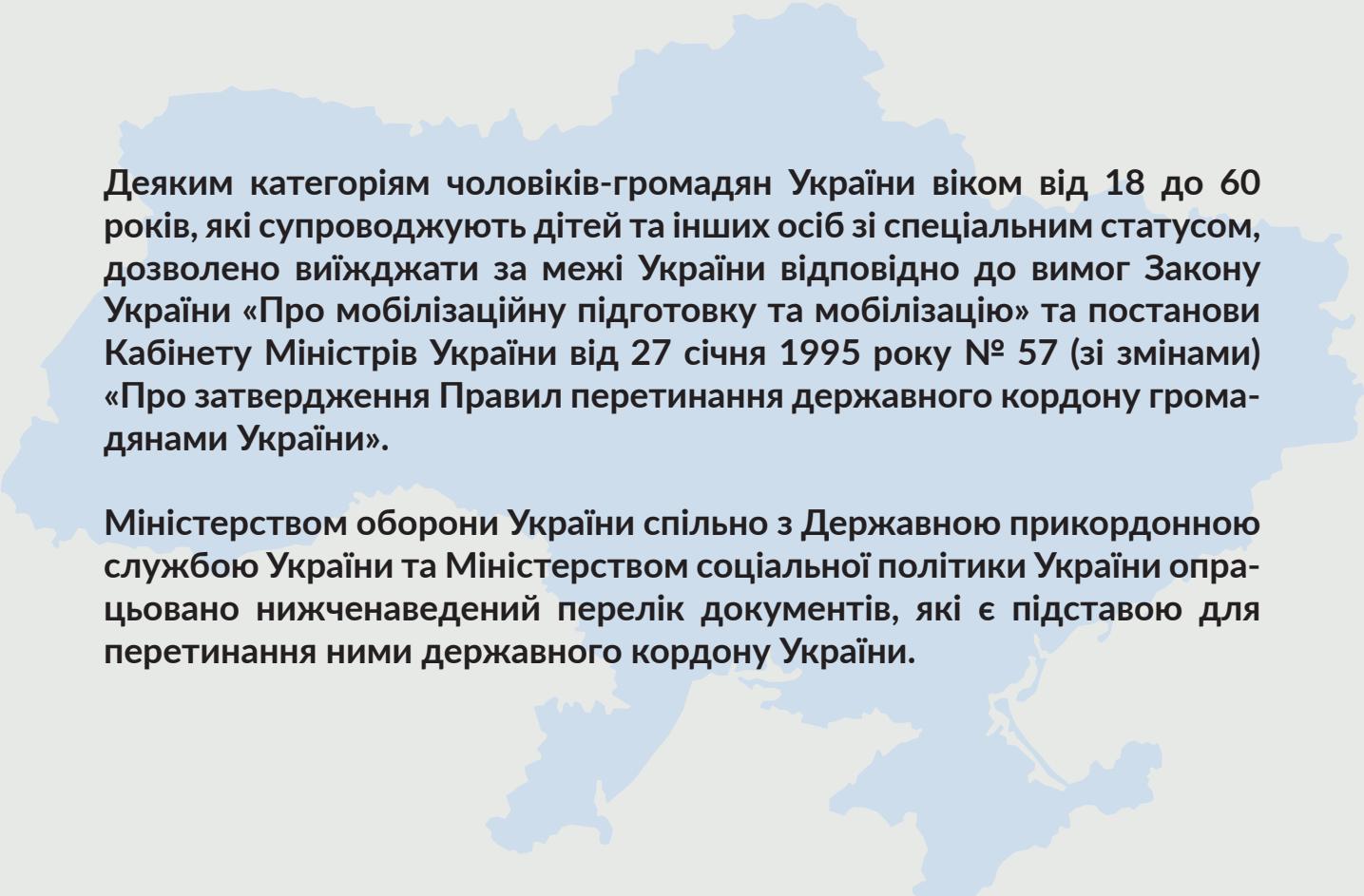
In partnership with  
Canada

alinea



## Перелік документів, які є підставою для перетинання державного кордону України чоловіками-громадянами України призовного віку, які супроводжують дітей та інших осіб





Деяким категоріям чоловіків-громадян України віком від 18 до 60 років, які супроводжують дітей та інших осіб зі спеціальним статусом, дозволено виїжджати за межі України відповідно до вимог Закону України «Про мобілізаційну підготовку та мобілізацію» та постанови Кабінету Міністрів України від 27 січня 1995 року № 57 (зі змінами) «Про затвердження Правил перетинання державного кордону громадянами України».

Міністерством оборони України спільно з Державною прикордонною службою України та Міністерством соціальної політики України опрацьовано нижченаведений перелік документів, які є підставою для перетинання ними державного кордону України.

## Для чоловіків, на утриманні яких перебувають троє і більше дітей віком до 18 років

- 1 Свідоцтва про народження дітей (трьох і більше)
- 2 Свідоцтво про реєстрацію шлюбу з матір'ю дітей (трьох і більше)  
або
  - Рішення суду про розірвання шлюбу та визначення місця проживання дітей з батьком  
або
  - Рішення суду про розірвання шлюбу та рішення органу опіки та піклування про визначення місця проживання дітей з батьком  
або
  - Нотаріально посвідчений договір між батьками, яким визначено місце проживання дітей з батьком
- 3 Посвідчення батьків багатодітної сім'ї (див. додаток 1)

## Для чоловіків, які самостійно виховують дитину (дітей) віком до 18 років

- 1 Свідоцтво про народження дитини (дітей)
- 2 Свідоцтво про смерть матері дитини  
або
  - Рішення суду про позбавлення матері батьківських прав  
або
  - Рішення суду про відіbrання дитини у матері без позбавлення її батьківських прав  
або
  - Рішення суду про визнання матері безвісно відсутньою  
або
  - Рішення суду про оголошення матері померлою  
або
  - Рішення суду про визначення місця проживання дитини з батьком  
або
  - Рішення органу опіки та піклування про визначення місця проживання дитини з батьком



## **Для опікуна, піклувальника, прийомного батька чи батька-вихователя, на утриманні якого перебуває дитина-сирота або дитина, позбавлена батьківського піклування, віком до 18 років**

- 1** Свідоцтво про народження дитини
- 2** Письмове погодження органу опіки та піклування чи обласної військової адміністрації на виїзд із зазначенням держави остаточного перебування дитини

**Додатково:**

*Для опікуна або піклувальника:*

- Рішення районної, районної у м. Києві та Севастополі держадміністрації, виконавчого органу міської, районної у місті (у разі утворення) ради, сільської, селищної ради об'єднаної територіальної громади про встановлення опіки, піклування  
**або**
- Рішення суду про встановлення опіки, піклування

*Для прийомного батька:*

- Рішення районної, районної у м. Києві держадміністрації, виконавчого органу міської, районної у місті ради про влаштування дитини до прийомної сім'ї  
**або**
- Договір про влаштування дитини на спільне проживання та виховання у прийомній сім'ї (див. додаток 6)

*Для батька-вихователя:*

- Рішення районної, районної у м. Києві держадміністрації, виконавчого органу міської, районної у місті ради про влаштування дитини до дитячого будинку сімейного типу  
**або**
- Договір про організацію діяльності дитячого будинку сімейного типу (див. додаток 7)

## **Для усиновлювача**

- 1** Свідоцтво про народження дитини
- 2** Рішення суду про усиновлення

# Для батька, опікуна, піклувальника, прийомного батька, батька-вихователя, який виховує дитину з інвалідністю віком до 18 років

*Дитина з інвалідністю може перетинати кордон у супроводі обох батьків*

- 1** Свідоцтво про народження дитини
- 2** Посвідчення, що підтверджує призначення соціальної допомоги відповідно до Закону України «Про державну соціальну допомогу особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю», в якому зазначено категорію «дитина з інвалідністю» (Див. додаток 2)  
**або**
  - Довідка для отримання державної соціальної допомоги дітям з інвалідністю, видана структурним підрозділом з питань соціального захисту населення районної, районної у м. Києві держадміністрації, виконавчим органом міської ради, до території територіальної громади якої входить територія міста обласного значення, районної у місті (у разі її утворення) ради  
**або**
  - Індивідуальна програма реабілітації дитини з інвалідністю, видана лікарсько-консультативною комісією лікувально-профілактичного закладу (див. додаток 4)  
**або**
  - Медичний висновок про дитину з інвалідністю до 18 років (див. додаток 5)
- 3** Рішення/розпорядження про встановлення опіки або піклування (для опікуна або піклувальника)  
**або**
  - Договір про влаштування дитини до прийомної сім'ї (для прийомного батька) (див. додаток 6)  
**або**
  - Договір про організацію діяльності дитячого будинку сімейного типу (для батька-вихователя) (див. додаток 7)
- 4** Письмове погодження органу опіки та піклування чи обласної військової адміністрації на виїзд із зазначенням держави остаточного перебування дитини (для опікуна, піклувальника, прийомного батька, батька-вихователя)



**Для батька (усиновлювача), опікуна, піклувальника, прийомного батька, батька-вихователя, який виховує дитину, хвору на тяжкі перинатальні ураження нервової системи, тяжкі вроджені вади розвитку, рідкісні орфанні захворювання, онкологічні, онкогематологічні захворювання, дитячий церебральний параліч, тяжкі психічні розлади, цукровий діабет I типу (інсульнозалежний), гострі або хронічні захворювання нирок IV ступеня, дитину, яка отримала тяжку травму, потребує трансплантації органа, потребує паліативної допомоги, але якій не встановлено інвалідність**

- 1** Свідоцтво про народження дитини
- 2** Довідка за формулою № 080-3/о (див. додаток 8)
- 3** Рішення/розпорядження про встановлення опіки або піклування (для опікуна або піклувальника)  
або
  - Договір про влаштування дитини до прийомної сім'ї (для прийомного батька) (див. додаток 6)  
або
  - Договір про організацію діяльності дитячого будинку сімейного типу (для батька-вихователя) (див. додаток 7)  
або
  - Рішення суду про усиновлення дитини (для усиновлювача)
- 4** Письмове погодження органу опіки та піклування чи обласної військової адміністрації на виїзд із зазначенням держави остаточного перебування дитини (для опікуна, піклувальника, прийомного батька, батька-вихователя)



## **Для чоловіків, на утриманні яких перебуває повнолітня дитина, яка є особою з інвалідністю І чи ІІ групи**

- 1** Свідоцтво про народження дитини (дітей)
- 2** Довідка до акта огляду медико-соціальною експертною комісією за формою № 157-1/о (див. додаток 9)  
або
  - ▶ Посвідчення, яке підтверджує відповідний статус  
або
  - ▶ Пенсійне посвідчення (див. додаток 10)  
або
  - ▶ Посвідчення, що підтверджує призначення соціальної допомоги відповідно до Законів України «Про державну соціальну допомогу особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю», «Про державну соціальну допомогу особам, які не мають права на пенсію, та особам з інвалідністю» (див. додаток 2)  
або
  - ▶ Довідка про отримання пільг особами з інвалідністю, які не мають права на пенсію чи соціальну допомогу, видана структурним підрозділом з питань соціального захисту населення районної, районної у м. Києві держадміністрації, виконавчим органом міської ради

## **Для чоловіків, які мають інвалідність**

- 1** Довідка до акта огляду медико-соціальною експертною комісією за формою № 157-1/о (див. додаток 9)  
або
  - ▶ Посвідчення, яке підтверджує відповідний статус  
або
  - ▶ Пенсійне посвідчення (див. додаток 10)  
або
  - ▶ Посвідчення, що підтверджує призначення соціальної допомоги відповідно до Законів України «Про державну соціальну допомогу особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю», «Про державну соціальну допомогу особам, які не мають права на пенсію, та особам з інвалідністю» (див. додаток 2)  
або
  - ▶ Довідка про отримання пільг особами з інвалідністю, які не мають права на пенсію чи соціальну допомогу, видана структурним підрозділом з питань соціального захисту населення районної, районної у м. Києві держадміністрації, виконавчим органом міської ради

## **Для чоловіків, зайнятих постійним доглядом за хворою дружиною, дитиною, а також своїми батьками або батьками дружини, які за висновком лікарської комісії закладу охорони здоров'я потребують постійного стороннього догляду**

- 1** Свідоцтво про шлюб (для чоловіків, які супроводжують дружину)
- 2** Документ, що підтверджує родинний/сімейний зв'язок (для чоловіків, які супроводжують одного із своїх батьків або батьків дружини)
- 3** Висновок лікарської комісії закладу охорони здоров'я щодо необхідності постійного стороннього догляду за особою з інвалідністю I чи II групи внаслідок психічного розладу (див. додаток 11)  
**або**
  - Висновок про наявність порушення функцій організму через які невиліковно хворі особи не можуть самостійно пересуватися та самообслуговуватися і потребують соціальної послуги з догляду на непрофесійній основі за формою № 080-4/о (див. додаток 12)  
**або**
  - Висновок про наявність когнітивних порушень у громадян похилого віку, внаслідок яких вони потребують надання соціальної послуги з догляду на непрофесійній основі за формою № 080-2/о (див. додаток 13)
- 4** Довідка про отримання компенсації фізичним особам, які надають соціальні послуги з догляду без провадження підприємницької діяльності на непрофесійній основі / фізичним особам, які надають соціальні послуги з догляду без здійснення підприємницької діяльності на професійній основі, яка підтверджує здійснення догляду. Довідка видається структурними підрозділами з питань соціального захисту населення районних у місті Києві держадміністрацій, виконавчими органами сільських, селищних, міських рад

## **Для чоловіків, які мають дружину із числа осіб з інвалідністю та/або одного із своїх батьків або батьків дружини із числа осіб з інвалідністю I чи II групи**

- 1** Свідоцтво про шлюб (для чоловіків, які супроводжують дружину)
- 2** Документ, що підтверджує родинний/сімейний зв'язок (для чоловіків, які супроводжують одного із своїх батьків або батьків дружини)
- 3** Довідка до акта огляду медико-соціальною експертною комісією за формою № 157-1/о (див. додаток 9)  
або
  - ▶ Посвідчення, яке підтверджує відповідний статус  
або
  - ▶ Пенсійне посвідчення (див. додаток 10)  
або
  - ▶ Посвідчення, що підтверджує призначення соціальної допомоги відповідно до Законів України «Про державну соціальну допомогу особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю», «Про державну соціальну допомогу особам, які не мають права на пенсію, та особам з інвалідністю» (див. додаток 2)  
або
  - ▶ Довідка для отримання пільг особами з інвалідністю, які не мають права на пенсію чи соціальну допомогу, видана структурним підрозділом з питань соціального захисту населення районної, районної у м. Києві держадміністрації, виконавчим органом міської ради (див. додаток 3)

**Додатково, для осіб з інвалідністю II групи:**

- ▶ Висновок лікарської комісії закладу охорони здоров'я щодо необхідності постійного стороннього догляду за особою з інвалідністю I чи II групи внаслідок психічного розладу (див. додаток 11)  
або
- ▶ Висновок про наявність порушення функцій організму через які невиліковно хворі особи не можуть самостійно пересуватися та самообслуговуватися і потребують соціальної послуги з догляду на непрофесійній основі за формою № 080-4/о (див. додаток 12)  
або
- ▶ Висновок про наявність когнітивних порушень у громадян похилого віку, внаслідок яких вони потребують надання соціальної послуги з догляду на непрофесійній основі за формою № 080-2/о (див. додаток 13)

## **Для опікунів особи з інвалідністю, визнаної судом недієздатною**

- 1** Рішення про призначення опікуном  
**або**
- 2** У разі коли опікуна не призначено, - документи, що підтверджують родинні зв'язки особи з супроводжуючим - одним із повнолітніх членів сім'ї та інвалідність)  
та
  - Довідка до акта огляду медико-соціальною експертною комісією за формою № 157-1/о (див. додаток 9)  
**або**
  - Посвідчення, яке підтверджує відповідний статус  
**або**
  - Пенсійне посвідчення (див. додаток 10)  
**або**
  - Посвідчення, що підтверджує призначення соціальної допомоги відповідно до Законів України «Про державну соціальну допомогу особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю», «Про державну соціальну допомогу особам, які не мають права на пенсію, та особам з інвалідністю» (див. додаток 2)  
**або**
  - Довідка для отримання пільг особами з інвалідністю, які не мають права на пенсію чи соціальну допомогу, видана структурним підрозділом з питань соціального захисту населення районної, районної у м. Києві держадміністрації, виконавчим органом міської ради (див. додаток 3)

**Для чоловіків, зайнятих постійним доглядом за особою з інвалідністю I групи; осіб, зайнятих постійним доглядом за особою з інвалідністю II групи або за особою, яка за висновком лікарської комісії закладу охорони здоров'я потребує постійного стороннього догляду, у разі відсутності інших осіб, які можуть здійснювати такий догляд**

- 1** Довідка про отримання компенсації фізичним особам, які надають соціальні послуги з догляду без провадження підприємницької діяльності на непрофесійній основі / фізичним особам, які надають соціальні послуги з догляду без здійснення підприємницької діяльності на професійній основі, яка підтверджує здійснення догляду. Довідка видається структурними підрозділами з питань соціального захисту населення районних у місті Києві держадміністрацій, виконавчими органами сільських, селищних, міських рад

...

•••

**Додатково, для осіб з інвалідністю I та II групи:**

- ▶ Довідка до акта огляду медико-соціальною експертною комісією за формою № 157-1/о (див. додаток 9)
  - або
- ▶ Посвідчення, яке підтверджує відповідний статус
  - або
- ▶ Пенсійне посвідчення (див. додаток 10)
  - або
- ▶ Посвідчення, що підтверджує призначення соціальної допомоги відповідно до Законів України «Про державну соціальну допомогу особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю», «Про державну соціальну допомогу особам, які не мають права на пенсію, та особам з інвалідністю» (див. додаток 2)
  - або
- ▶ Довідка для отримання пільг особами з інвалідністю, які не мають права на пенсію чи соціальну допомогу, видана структурним підрозділом з питань соціального захисту населення районної, районної у м. Києві держадміністрації, виконавчим органом міської ради (див. додаток 3)

**Додатково, для осіб з інвалідністю II групи, осіб, які за висновком лікарської комісії закладу охорони здоров'я потребують постійного стороннього догляду:**

- ▶ Висновок лікарської комісії закладу охорони здоров'я щодо необхідності постійного стороннього догляду за особою з інвалідністю I чи II групи внаслідок психічного розладу (див. додаток 11)
  - або
- ▶ Висновок про наявність порушення функцій організму через які невиліковно хворі особи не можуть самостійно пересуватися та самообслуговуватися і потребують соціальної послуги з догляду на непрофесійній основі за формою № 080-4/о (див. додаток 12)
  - або
- ▶ Висновок про наявність когнітивних порушень у громадян похилого віку, внаслідок яких вони потребують надання соціальної послуги з догляду на непрофесійній основі за формою № 080-2/о (див. додаток 13)

## **Для працівників закладів (будинків-інтернатів для громадян похилого віку та осіб з інвалідністю, стаціонарних відділень територіальних центрів соціального обслуговування (надання соціальних послуг), центрів надання соціальних послуг), що здійснюють постійний догляд**

- 1** Наказ керівника закладу про супроводження підопічних / вихованців під час їх переміщення (евакуації) із розрахунку один супроводжуючий на 50 осіб
- 2** Довідка з місця роботи, яка підтверджує, що супроводжуючий працює у відповідному закладі



**Зразок посвідчення батьків багатодітної сім'ї ( затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 18 квітня 2012 р. № 319)**

Лицьовий бік обкладинки

	<b>УКРАЇНА</b>  <b>ПОСВІДЧЕННЯ БАТЬКІВ БАГАТОДІТНОЇ СІМ'Ї</b>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Внутрішній лівий бік обкладинки

<p>(повне найменування органу, яким видано посвідчення)</p> <p><b>ПОСВІДЧЕННЯ</b></p> <p>№</p> <p><b>ФОТО</b> 30 x 40 мм</p> <p>Мати _____ (прізвище) _____ (ім'я) _____ (по батькові)</p> <p>М.П.</p> <p>М.П. Дата видачі _____ 20 _____. М.П. Срок дії до _____ 20 _____.  (підпис керівника органу, яким видано посвідчення)</p>	<p>Пред'явник цього посвідчення має право на пільги, передбачені законодавством для багатодітних сімей</p> <p><b>ФОТО</b> 30 x 40 мм</p> <p>Батько _____ (прізвище) _____ (ім'я) _____ (по батькові)</p> <p>М.П.</p> <p>М.П. Срок дії продовжено до _____ 20 _____.  (підпис керівника органу, яким продовжено строк дії) М.П. Срок дії продовжено до _____ 20 _____.  (підпис керівника органу, яким продовжено строк дії) М.П. Срок дії продовжено до _____ 20 _____.  (підпис керівника органу, яким продовжено строк дії)</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Сторінка 1

Сторінка 2

Сторінка 3

Зразок бланка посвідчення особи, яка одержує державну соціальну допомогу відповідно до Законів України "Про державну соціальну допомогу особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю" та "Про державну соціальну допомогу особам, які не мають права на пенсію, та особам з інвалідністю" ( затверджено наказом Міністерства соціальної політики України 11 січня 2019 року № 35)

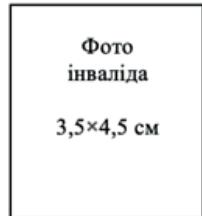
<p style="text-align: center;">С. 1</p> <p>Ким видано _____</p> <p style="text-align: center;"><b>ПОСВІДЧЕННЯ</b></p> <p>Серія № _____ Державна соціальна допомога</p> <p>призначена: прізвище _____ ім'я _____ по батькові _____ рік народження _____</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-top: 10px;">         фото дитини з інвалідністю, особи з інвалідністю з дитинства, особи, яка не має права на пенсію, особи з інвалідністю       </div>	<p style="text-align: center;">С. 2</p> <p>Дані про законного представника (опікуна) дитини з інвалідністю або особи з інвалідністю з дитинства, особи, яка не має права на пенсію, особи з інвалідністю, якщо таку особу визнано недієздатною: прізвище _____ ім'я _____ по батькові _____</p> <p>фото законного представника (опікуна) дитини з інвалідністю або особи з інвалідністю з дитинства, особи, яка не має права на пенсію, особи з інвалідністю (наклеюється за бажанням одержувача)</p> <p>рік народження _____ Дата видачі _____ Керівник органу соціального захисту населення _____ (підпис)</p> <p>M.P.</p> <p>Prичина та група інвалідності (зазначаються для повнолітніх осіб з інвалідністю); категорія "дитина з інвалідністю" (зазначаються для дітей)</p> <p>(окрім зазначається: інвалідність пов'язана з вадами (урожженнем, захворюванням) слуху, зору, опорно-рухового апарату)</p> <p>Nомер особової справи _____</p>
<p style="text-align: center;">С. 3</p> <p>Державну соціальну допомогу призначено з _____ 20 р. до _____ 20 р. у сумі _____ грн M.P.</p> <p>(підпис керівника органу соціального захисту населення)</p> <p>Державну соціальну допомогу продовжено з _____ 20 р. до _____ 20 р. у сумі _____ грн M.P.</p> <p>(підпис керівника органу соціального захисту населення)</p> <p>М.П.</p> <p>(підпис керівника органу соціального захисту населення)</p>	<p style="text-align: center;">С. 4</p> <p>Державну соціальну допомогу продовжено з _____ 20 р. до _____ 20 р. у сумі _____ грн M.P.</p> <p>(підпис керівника органу соціального захисту населення)</p> <p>Державну соціальну допомогу продовжено з _____ 20 р. до _____ 20 р. у сумі _____ грн M.P.</p> <p>(підпис керівника органу соціального захисту населення)</p> <p>М.П.</p> <p>(підпис керівника органу соціального захисту населення)</p>

Довідка для отримання пільг інвалідами, які не мають права на пенсію чи соціальну допомогу (форма затверджена наказом Міністерства соціальної політики України від 21 вересня 2015 року № 946)

**ДОВІДКА**  
**для отримання пільг інвалідами,**  
**які не мають права на пенсію чи соціальну допомогу**

(найменування структурного підрозділу органу соціального захисту населення, що видає довідку)

від \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ року № \_\_\_\_\_



*Видана:*  
 Прізвище \_\_\_\_\_  
 Ім'я \_\_\_\_\_  
 По батькові \_\_\_\_\_  
 Рік народження \_\_\_\_\_  
 Група та причина інвалідності\* \_\_\_\_\_  
 Строк, на який встановлено інвалідність \_\_\_\_\_

Довідка дійсна до \_\_\_\_\_  
 (зазначається кінцева дата, до якої встановлено інвалідність)

Керівник структурного підрозділу \_\_\_\_\_  
 (підпис) \_\_\_\_\_ (П.І.Б.)

М. П.

\* У випадках, передбачених законодавством, зазначаються також основні нозологічні форми захворювання (по зору, слуху та з ураженням опорно-рухового апарату).

Фрагмент індивідуальної програми реабілітації дитини-інваліда (форма, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 8 жовтня 2007 року № 623)

**ІНДИВІДУАЛЬНА ПРОГРАМА  
реабілітації дитини-інваліда № \_\_\_\_\_  
(вікова категорія від 0 до 18 років)**

Дата заповнення \_\_\_\_\_ ЛКК \_\_\_\_\_  
(найменування  
лікувально-профілактичного  
закладу)

1. Прізвище, ім'я, по батькові дитини-інваліда \_\_\_\_\_
  2. Дата народження \_\_\_\_\_ 3. Стать \_\_\_\_\_
  4. Місце проживання \_\_\_\_\_ тел. \_\_\_\_\_
  5. Освіта: немає; дошкільна освіта; початкова загальна освіта; базова загальна середня освіта; повна загальна середня освіта; професійно-технічна освіта; неповна вища освіта; базова вища освіта; повна вища освіта (підкреслити)
  6. Професія \_\_\_\_\_
  7. Працює (спеціальність, посада) \_\_\_\_\_
  8. Наявність інвалідності \_\_\_\_\_
  9. Загальна тривалість перебування на інвалідності \_\_\_\_\_
- 
10. Програма реабілітації складена: уперше, удруге  
(підкреслити)

## Форма медичного висновку про дитину з інвалідністю віком до 18 років (форма, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 4 грудня 2001 р.)

Код форми за ДКУД	
Код закладу за ЕДРПОУ	
Міністерство охорони здоров'я України	
Найменування закладу	
МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА N  0 8 0 / 0	
Затверджена наказом МОЗ України 0 4 1 2 2 0 0 1 r.  N 4 8 2	
<p style="text-align: center;">Медичний висновок N _____      про дитину з інвалідністю віком до 18 років      (направляється в районне (міське)      управління праці та соціального      захисту населення за місцем      проживання батьків, опікуна)</p> <p style="text-align: center;">від " _____ " _____ р.</p>	
1. Прізвище, ім'я, по батькові дитини _____	
2. Дата народження               (число, місяць, рік)	
3. Прізвище, ім'я, по батькові матері, батька, опікуна (необхідне підкреслити) _____	
4. Місце проживання батьків (опікуна) – адреса _____ _____ _____ _____ _____ _____	
5. Захворювання (патологічний стан) _____ _____ _____ _____ _____ _____	

стор. 2 ф. № 080/о

6. Висновок. Наявне захворювання (патологічний стан) відповідає розділу \_\_\_\_\_, пункту \_\_\_\_\_, підпункту \_\_\_\_\_ Переліку медичних показань, що дають право на одержання державної соціальної допомоги на дітей з інвалідністю віком до 18 років, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства праці та соціальної політики України, Міністерства фінансів України від 8 листопада 2001 р. № 454/471/516

Висновок дійсний до "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_.р.  
Дата переогляду "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_.р.

М.П. Головний лікар \_\_\_\_\_ (прізвище, ім'я, по батькові) (підпис)  
(Заступник головного лікаря з медичної частини) \_\_\_\_\_ (прізвище, ім'я, по батькові) (підпис)

Лікуючий лікар \_\_\_\_\_ (прізвище, ім'я, по батькові) (підпис)

Фрагмент форми договору про влаштування дітей на виховання та спільне проживання у прийомні сім'ї (форма, затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 26 квітня 2002 р. № 565)

Додаток  
до Положення про прийомну сім'ю

**ДОГОВІР**  
**про влаштування дітей на виховання**  
**та спільне проживання у прийомній сім'ї**

\_\_\_\_\_ "\_\_\_" 200\_ р. N \_\_\_  
(населений пункт)

\_\_\_\_\_  
(повне найменування органу, що прийняв рішення

\_\_\_\_\_  
в особі \_\_\_\_\_  
(посада, прізвище, ім'я, по батькові)  
і громадяни \_\_\_\_\_  
(прізвище, ім'я, по батькові,

число, місяць, рік народження, паспорт, серія, номер,  
ким і коли виданий),  
які проживають \_\_\_\_\_  
(адреса)  
уклали цей договір про те, що \_\_\_\_\_  
(повне найменування органу,

що прийняв рішення про утворення прийомної сім'ї)  
передає, а прийомні батьки \_\_\_\_\_  
(прізвище, ім'я, по батькові, паспорт,  
серія, номер, ким і коли виданий)  
приймають на виховання та спільне проживання дітей \_\_\_\_\_  
(прізвище, ім'я, по батькові)

**1. Прийомні батьки зобов'язуються:**

- 1) створити належні умови для всебічного розвитку дітей, одержання ними освіти, підготовки до самостійного життя та праці;
- 2) захищати права та інтереси дітей;

Фрагмент договору про організацію діяльності дитячого будинку сімейного типу (форма, затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 26 квітня 2002 р. № 564)

Зразок

Додаток  
до Положення про дитячий будинок  
сімейного типу

**ДОГОВІР**  
про організацію діяльності  
дитячого будинку сімейного типу

"\_\_\_" \_\_\_\_ 200\_ р. N \_\_  
(населений пункт)

(повне найменування органу, що прийняв рішення  
про створення дитячого будинку сімейного типу)  
в особі \_\_\_\_\_  
(посада, прізвище, ім'я, по батькові)  
і батьки-вихователі \_\_\_\_\_  
(прізвище, ім'я, по батькові,  
число, місяць, рік народження, паспорт, серія, номер,  
ким і коли виданий),  
що проживають \_\_\_\_\_,  
(адреса)

уклали цей договір про організацію діяльності дитячого будинку  
сімейного типу, до якого влаштовуються діти на підставі  
відповідного рішення \_\_\_\_\_  
(прізвище, ім'я, по батькові дитини, рік народження)

1. Батьки-вихователі зобов'язуються:

- 1) у роботі з дітьми дотримуватись вимог законодавства  
України про захист інтересів дітей та охорону дитинства;
- 2) проводити щороку медичне обстеження дітей та виконувати  
рекомендації лікарів-спеціалістів;

Форма первинної облікової документації № 080-3/о «Довідка про захворювання дитини на тяжке перинатальне ураження нервової системи, тяжку вроджену ваду розвитку, рідкісне (орфанне) захворювання, онкологічне, онкогематологічне захворювання, дитячий церебральний параліч, тяжкий психічний розлад, цукровий діабет I типу (інсулінозалежний), гостре або хронічне захворювання нирок IV ступеня про те, що дитина отримала тяжку травму, потребує трансплантації органа, потребує паліативної допомоги» ( затверджена наказом МОЗ України від 09.03.2021 № 407)

**ЗАТВЕРДЖЕНО**  
Наказ Міністерства охорони здоров'я України  
09 березня 2021 року № 407

<p>Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я</p> <hr/> <p>Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма</p> <hr/> <p>Код за ЄСРПОУ <input type="text"/></p>	<p><b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b></p> <p><b>Форма первинної облікової документації № 080-3/о</b></p> <p><b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України 20 року № _____</p>
<p><b>ДОВІДКА</b> про захворювання дитини на тяжке перинатальне ураження нервової системи, тяжку вроджену ваду розвитку, рідкісне (орфанне) захворювання, онкологічне, онкогематологічне захворювання, дитячий церебральний параліч, тяжкий психічний розлад, цукровий діабет I типу (інсулінозалежний), гостре або хронічне захворювання нирок IV ступеня, про те, що дитина отримала тяжку травму, потребує трансплантації органа, потребує паліативної допомоги</p>	
<p>1. Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) дитини: _____</p> <p>2. Дата народження: <input type="text"/> (число, місяць, рік)</p> <p>3. Місце проживання дитини: _____ _____</p> <p>4. Рекомендовано соціальні послуги: денноого догляду, догляду вдома, паліативного догляду вдома; отримання соціальної послуги з догляду на непрофесійній основі від фізичної особи (необхідне підкреслити).</p> <p>Голова ЛКК: Члени комісії: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (прізвище, ім'я, по батькові (за наявності)) <input type="text"/> (підпис)</p> <p>Довідка дійсна до « ____ » ____ р.</p> <p>Довідка надається для одержання: державної допомоги особою, яка здійснює догляд за хворою дитиною, компенсації фізичною особою, яка надає соціальні послуги з догляду на непрофесійній основі (необхідне підкреслити).</p> <p>Дата видачі: <input type="text"/> (число, місяць, рік) <span style="float: right;">М.П.</span></p>	

Довідка до акта огляду медико-соціальною експертною комісією (Форма первинної облікової документації № 157-1/о, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 30 липня 2012 року № 577)

Висновки медико-соціальних експертних комісій про умови і характер праці інвалідів є обов'язковими для адміністрації підприємств, установ і організацій.	
<b>МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ</b>	
1.	(місцезнаходження МСЕК)
2.	(профіль МСЕК) <b>ДОВІДКА</b>
до акта огляду медико-соціальною експертною комісією	
3. Серія	№
4.	(прізвище, ім'я, по батькові інваліда)
5. Дата народження	6. Дата огляду
(число, місяць, рік) (число, місяць, рік)	
7. Отгляд інваліда	
8. Група інвалідності	(первинний, повторний)
9. Причина інвалідності	(словами)
10. Інвалідність встановлена на строк до	20 _____ року
11. Дата чергового переогляду	(число, місяць, рік)

Зворотний бік форми № 157-1/о

12. Діагноз МСЕК	
13. Висновок про умови та характер праці	
14. Рекомендовані заходи щодо відновлення працездатності інваліда	
15. Підстава: акт огляду МСЕК №	
16. Дата	(число, місяць, рік)
Голова МСЕК _____ М.П. _____ (підпис) _____ (П.І.Б.)	
×.....лінія відрізу.....×	

## Зразок бланка пенсійного посвідчення

**Лицьовий бік:**

**УКРАЇНА**  
**Пенсійний фонд України**  
**ПЕНСІЙНЕ ПОСВІДЧЕННЯ**  
**№ \_\_\_\_\_**

Прізвище:  
Ім'я:  
По батькові:  
Дата народження:  
Стать:  
Номер особового рахунку:  
Вид пенсії:  
Термін дії:  
Дата видачі:  
Ким видано:

М. П.

фото

**Ідентифікаційний  
штрих-код**

Серія ААА  
№ 000000

Підпис:

**Зворотній бік:**

Пенсійне посвідчення є документом, що підтверджує призначення особі пенсії.

Пенсіонер має право на одержання лише одного виду пенсії.

Пенсіонер зобов'язаний повідомляти органи Пенсійного фонду України про влаштування на роботу, у тому числі за сумісництвом, зміни у складі сім'ї та інші обставини, які відповідно до законодавства визначають право на пенсію та її розмір.

Пенсіонер зобов'язаний пред'являти пенсійне посвідчення на вимогу посадових осіб органів Пенсійного фонду України та повідомляти про втрату посвідчення.

Держзнак \_\_\_\_\_. Зам. 0-000, 20\_\_ p.

Форма висновку лікарської комісії медичного закладу щодо необхідності постійного стороннього догляду за особою з інвалідністю I чи II групи внаслідок психічного розладу ( затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України від 31.07.2013 р. № 667)

Штамп закладу охорони здоров'я

**ВИСНОВОК**

**лікарської комісії медичного закладу щодо необхідності постійного  
стороннього догляду за особою з інвалідністю I чи II групи внаслідок  
психічного розладу №\_\_\_\_\_**

Хворий

\_\_\_\_\_,  
(прізвище, ім'я та по батькові)

рік народження \_\_\_\_, особа з інвалідністю \_\_\_\_ групи внаслідок психічного  
розладу,  
встановленої  
(переглянутої) \_\_\_\_\_  
(дата останнього перегляду або встановлення)

проживає разом з

\_\_\_\_\_,  
(прізвище, ім'я та по батькові особи, яка постійно здійснює догляд за хворим і проживає разом з ним)

за адресою

За рівнем обмеження життедіяльності (необхідне підкреслити): обмеження самообслуговування; обмеження здатності до самостійного пересування; обмеження здатності до орієнтації; обмеження здатності до спілкування; обмеження здатності контролювати свою поведінку  
хворий

\_\_\_\_\_,  
(прізвище, ім'я та по батькові)

потребує постійного стороннього догляду.

Висновок дійсний до \_\_\_\_\_  
(дата)

Голова комісії \_\_\_\_\_  
(П.І.Б., підпис)

Члени комісії \_\_\_\_\_  
(П.І.Б., підпис)

\_\_\_\_\_  
(П.І.Б., підпис)

М. П.

Дата

Форма висновку про наявність порушення функцій організму через які невиліковно хворі особи не можуть самостійно пересуватися та самообслуговуватися і потребують соціальної послуги з догляду на непрофесійній основі (форма первинної облікової документації № 080-4/о, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 09.03.2021 р. № 407)

<p>Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я</p> <hr/> <p>Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма</p> <hr/> <p>Код за ЄДРПОУ <input type="text"/></p>	<p><b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b></p> <p><b>Форма первинної облікової документації</b> <b>№ 080-4/о</b></p> <p><b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b></p> <p>Наказ МОЗ України 20 року №</p>
<p><b>ВИСНОВОК</b> <b>про наявність порушення функцій організму через які невиліковно хворі особи не можуть самостійно пересуватися та самообслуговуватися і потребують соціальної послуги з догляду на непрофесійній основі</b></p>	
<p>1. Прізвище, ім'я, по батькові особи (за наявності): <input type="text"/></p> <p>2. Дата народження: <input type="text"/> (число, місяць, рік)</p> <p>3. Місце проживання особи: <input type="text"/></p> <p>4. Рекомендовано соціальні послуги: денного догляду, догляду вдома, паліативного догляду вдома; отримання соціальної послуги з догляду на непрофесійній основі від фізичної особи (необхідні підкреслити). Члени комісії:</p> <p style="text-align: right;">(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності)) <input type="text"/> (підпис)</p> <p>Висновок дійсний до « <input type="text"/> » <input type="text"/> р.</p> <p>Висновок надається для одержання компенсації фізичну особою, яка надає соціальні послуги з догляду на непрофесійній основі.</p> <p>Дата видачі: <input type="text"/> (число, місяць, рік) <span style="float: right;">М.П.</span></p>	

Форма висновку про наявність когнітивних порушень у громадян похилого віку, внаслідок яких вони потребують надання соціальної послуги з догляду на непрофесійній основі (форма первинної облікової документації № 080-2/о, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 09.03.2021 р. № 407)

<p>Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я</p> <hr/> <p>Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма</p> <hr/> <p>Код за ЄДРПОУ                    </p>	<p><b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b></p> <hr/> <p><b>Форма первинної облікової документації № 080-2/о</b></p> <p><b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b></p> <p>Наказ МОЗ України 20 року №</p>
<p><b>ВІСНОВОК</b> про наявність когнітивних порушень у громадян похилого віку, унаслідок яких вони потребують надання соціальної послуги з догляду на непрофесійній основі</p>	
<p>1. Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) особи:</p> <hr/> <p>2. Дата народження:                     (число, місяць, рік)</p> <p>3. Місце проживання особи:</p> <hr/> <p>4. Рекомендовано соціальні послуги: денної догляду, догляду вдома, паліативного догляду вдома, отримання соціальної послуги з догляду на непрофесійній основі від фізичної особи (необхідне підкреслити).</p> <p>Члени комісії:</p> <p style="text-align: right;">(підпись)</p> <p>Висновок дійсний до « ____ » ____ р.</p> <p>Висновок надається для одержання компенсації фізичною особою, яка надає соціальні послуги з догляду на непрофесійній основі.</p> <p>Дата видачі:                     (число, місяць, рік)</p> <p style="text-align: right;">М.П.</p>	