



**СЛОБОЖАНСЬКА СЕЛИЩНА РАДА  
ДНІПРОВСЬКОГО РАЙОНУ ДНІПРОПЕТРОВСЬКОЇ ОБЛАСТІ**

**ВИКОНАВЧИЙ КОМІТЕТ**

**Р І Ш Е Н Н Я**

12 березня 2025 року

селище Слобожанське

№ 91

**Про затвердження Порядку відшкодування витрат за самостійно проведене  
зубопротезування мешканцям Слобожанської громади**

Керуючись законами України “Про місцеве самоврядування в Україні”, “Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту”, “Про основні засади соціального захисту ветеранів праці та інших громадян похилого віку в Україні”, “Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні”, відповідно до постанови Кабінету Міністрів України “Деякі питання реалізації пілотного проекту щодо зубопротезування та надання планової стоматологічної допомоги окремим категоріям осіб, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України” від 27.02.2024 року №212, враховуючи Програму соціального захисту населення Слобожанської селищної територіальної громади на 2025-2029 роки у новій редакції та з метою організації роботи щодо відшкодування витрат за самостійно проведене зубопротезування деяких категорій мешканців громади, виконавчий комітет Слобожанської селищної ради

**ВИРІШИВ:**

1. Затвердити Порядок відшкодування витрат за самостійно проведене зубопротезування мешканцям Слобожанської громади (Додаток 1).
2. Координацію роботи щодо виконання цього рішення покласти на управління соціального захисту населення Слобожанської селищної ради.
3. Контроль щодо виконання цього рішення покласти на секретаря селищної ради (виконкому) Людмилу ЛАГОДУ.

Селищний голова

Іван КАМІНСЬКИЙ

Згідно з оригіналом:  
Секретар селищної ради (виконкому)

Людмила ЛАГОДА

## **ПОРЯДОК відшкодування витрат за самостійно проведене зубопротезування мешканцям Слобожанської громади**

### **1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ**

1.1. Порядок відшкодування витрат за самостійно проведене зубопротезування мешканцям Слобожанської громади (далі - Порядок) розроблений керуючись законами України “Про місцеве самоврядування в Україні”, “Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту”, “Про основні засади соціального захисту ветеранів праці та інших громадян похилого віку в Україні”, “Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні”, відповідно до постанови Кабінету Міністрів України “Деякі питання реалізації пілотного проекту щодо зубопротезування та надання планової стоматологічної допомоги окремим категоріям осіб, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України” від 27.02.2024 року №212, враховуючи Програму соціального захисту населення Слобожанської селищної територіальної громади на 2025-2029 роки у новій редакції з метою організації роботи щодо відшкодування витрат за самостійно проведене зубопротезування деяких категорій мешканців громади.

1.2. Порядок визначає механізм і умови відшкодування коштів за фактичні витрати, самостійно проведеного зубопротезування для деяких категорій мешканців Слобожанської громади.

1.3. Головним розпорядником бюджетних коштів на відшкодування витрат за самостійно проведене зубопротезування деяким категоріям громадян (далі – відшкодування витрат) є управління соціального захисту населення Слобожанської селищної ради (далі – Управління).

У разі перевищення заявлених громадянами сум для відшкодування витрат, понад у бюджеті призначення на відповідний рік, виплата проводиться у наступному бюджетному році у черговості звернень громадян в межах бюджетних призначень наступного року.

1.4. Відшкодування витрат проводиться на підставі поданих документів та рішення виконавчого комітету Слобожанської селищної ради, якщо звернення надійшло до 1 грудня місяця бюджетного року.

### **2. КАТЕГОРІЇ ОСІБ**

2.1. Право на відшкодування витрат мають особи, які зареєстровані та проживають на території Слобожанської громади не менше ніж 1 рік, який передує зверненню про отримання відшкодування витрат, в тому числі внутрішньо переміщені особи:

2.1.1. Учасники бойових дій та особи з інвалідністю внаслідок війни, які набули статус відповідно Закону України “Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту”.

2.1.2. Особи, стосовно яких встановлено факт позбавлення особистої свободи внаслідок збройної агресії проти України (звільнені з полону).

2.2.3. Особи з інвалідністю 1 та 2 груп.

2.2.4. Особи похилого віку, які досягли 65 та більше років і мають розмір пенсійного забезпечення нижче за 5 000,00 грн.

### **3. УМОВИ ВІДШКОДУВАННЯ ТА НЕОБХІДНІ ДОКУМЕНТИ**

3.1. Відшкодування витрат здійснюється за умови подання заяви з необхідними документами протягом шести місяців від місяця самостійно проведеного зубопротезування в

лікувально-профілактичних, стоматологічних закладах та фізичних осіб-підприємців, які мають ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики.

3.2. Відшкодування витрат здійснюється один раз на два роки (з урахуванням року проведеного зубопротезування) та в межах коштів, передбачених призначеннями бюджету Слобожанської селищної територіальної громади на відповідний рік у розмірі фактичних витрат вартості зубопротезування, але не більше 8 000,00 грн.

3.3. Черговість отримання відшкодування витрат залежить від дати звернення особи за її виплатою.

3.4. Для отримання коштів на відшкодування витрат особа подає до відділу з питань соціального захисту деяких категорій осіб Управління документи в оригіналах та копіях:

- заяву (додаток 1);
- документ, що посвідчує особу заявника (паспорт громадянина України/громадянина України для виїзду за кордон/громадянина України у формі ID-картки);
- витяг з реєстру територіальної громади про реєстрацію місця проживання;
- довідку про присвоєння реєстраційного номера облікової картки платника податків;
- посвідчення/довідки, що підтверджує пільговий статус особи (за необхідності);
- підтверджуючі документи про факт перебування в полоні (за потреби);
- висновок МСЕК про встановлення інвалідності (за наявності);
- довідка про розмір пенсійної виплати за попередній місяць до місяця звернення;
- розрахункові документи із зазначенням повністю прізвища ім'я по батькові заявника, що підтверджують його витрати (квитанція/чек/акт виконаних робіт/інші підтверджуючі документи факту оплати) в оригіналі;
- копія ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики – у разі, якщо зубопротезування було проведено у фізичної особи-підприємця;
- довідка про взяття на облік внутрішньо переміщеної особи та довідка про фактичне місце проживання у громаді (за потреби);
- інформація про банківський рахунок/заява з банківської установи про відкриття розрахункового рахунку.

## **4. ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ**

4.1. Спеціаліст відділу з питань соціального захисту деяких категорій осіб Управління:

4.1.1. Здійснює правову оцінку документів щодо визначення права на відшкодування витрат.

4.1.2. Приймає заяву та засвідчує в установленому порядку копії документів.

4.1.3. Проводить розрахунок частини відшкодування суми.

4.1.4. Готує Зведений розрахунок коштів на відшкодування витрат за самостійно проведене зубопротезування мешканцям Слобожанської громади (додаток 2).

4.1.5. Здійснює відповідні заходи щодо відшкодування заявникам витрат за самостійно проведене зубопротезування.

4.2. Управління забезпечує:

4.2.1. Підготовку та надання заявки на фінансування видатків за відшкодування витрат за самостійно проведене зубопротезування відповідно до рішення Слобожанської селищної ради та Зведеного розрахунку.

4.2.2. Перерахування коштів на банківський рахунок особи/поштове відділення, зазначених в заяві, протягом 5 робочих днів після отримання відповідного фінансування.

4.2.3. Бухгалтерський облік щодо фінансування за відшкодування витрат та звітування перед виконавчим комітетом Слобожанської селищної ради про використані кошти.

## **5. ПІДСТАВИ ДЛЯ ВІДМОВИ**

5.1. Підстави для відмови у відшкодуванні витрат є:

- відсутність повного пакету документів, зазначених у пункті 3.4. цього Порядку, протягом 30 днів з дня подання заяви;
- відсутність особи в категорії осіб розділу 2 Порядку;

- подання заявником недостовірної, фіктивної або неповної інформації/документів;
- звернення особи щодо необхідності відшкодування витрат за зубопротезування іншої особи;
- термін від попереднього зубопротезування за рахунок коштів селищного бюджету менше ніж 2 роки;
- подання заяви з документами після закінчення терміну, визначеного цим Порядком.

5.2. Про прийняте рішення щодо відмови у відшкодуванні витрат повідомляється заявнику на особистому прийомі або шляхом направлення листа засобами електронного зв'язку чи поштовим відправленням.

5.3. Рішення про відмову у відшкодуванні витрат може бути оскаржене заявником у порядку, встановленому чинним законодавством.

## **6. ЗАКЛЮЧНІ ПОЛОЖЕННЯ**

6.1. Персональні дані осіб, отримані у зв'язку з реалізацією Порядку, збираються, обробляються та використовуються відповідно до закону України "Про захист персональних даних".

6.2. Персональну відповідальність за достовірність наданих документів для отримання відшкодування за фактичні витрати, самостійно проведеного зубопротезування несе заявник, згідно вимог чинного законодавства.

6.3. Заява та додані до неї копії документів зберігаються у паперовому вигляді у відділі з питань соціального захисту деяких категорій осіб Управління відповідно до положень Закону України "Про захист персональних даних".

6.4. Ведення бухгалтерського обліку та відповідальність за цільове використання бюджетних коштів, складення і подання фінансової та бюджетної звітності про використання бюджетних коштів, а також контроль за їх цільовим та ефективним витрачанням здійснюються в установленому законодавством порядку.

6.5. У разі невикористання права на самостійне проведення особою зубопротезування протягом двох років - грошова компенсація за кошти місцевого бюджету не виплачується.

Секретар селищної ради (виконкому)

Людмила ЛАГОДА

Селищному голові  
Івану КАМІНСЬКОМУ

(Власне ім'я ПРИЗВИЩЕ)

Місце проживання \_\_\_\_\_

Номер телефону \_\_\_\_\_

Статус особи \_\_\_\_\_

Посвідчення: серія \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

(коли і ким видане)

Місце роботи (якщо працює) \_\_\_\_\_

**ЗАЯВА**

Прошу відшкодувати мені витрати за самостійно проведене зубопротезування

(зазначити лікувальну установу/особу-підприємця)

відповідно до Порядку відшкодування витрат за самостійно проведене зубопротезування мешканців Слобожанської громади.

Зубопротезування проведено на загальну суму \_\_\_\_\_ грн.  
(\_\_\_\_\_)

(сума прописом)

У разі надання матеріальної допомоги, прошу кошти перераховувати:

- ☐ на **ПРИВАТ** банк : Номер картки \_\_\_\_\_
- ☐ на \_\_\_\_\_ банк **Дніпропетровської області**: Номер банківського рахунку  
(за стандартом IBAN): UA \_\_\_\_\_

☐ **АТ “Укрпошта”**, на поштове відділення № \_\_\_\_\_До заяви додаю:

- документ, що посвідчує особу заявника (паспорт громадянина України/громадянина України для виїзду за кордон/громадянина України у формі ID-картки);
- витяг з реєстру територіальної громади про реєстрація місця проживання;
- довідку про присвоєння реєстраційного номера облікової картки платника податків;
- посвідчення/довідки, що підтверджує пільговий статус особи (за необхідності);
- підтверджуючі документи про факт перебування в полоні (за потреби);
- висновок МСЕК про встановлення інвалідності (за наявності);
- довідка про розмір пенсійної виплати;
- розрахункові документи із зазначенням повністю прізвища ім'я по батькові заявника, що підтверджують його витрати (квитанція/чек/акт виконаних робіт/інші підтверджуючі документи факту оплати) в оригіналі;
- довідка про взяття на облік внутрішньо переміщеної особи та довідка про фактичне місце проживання у громаді (за потреби);
- інформація про банківський рахунок/заява з банківської установи про відкриття розрахункового рахунку.

За достовірність поданих документів несу повну відповідальність. Даю згоду на обробку моїх персональних даних для занесення їх до бази персональних даних.

“\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ року

(підпис)

(Власне ім'я ПРИЗВИЩЕ)

Секретар селищної ради (виконкому)

Людмила ЛАГОДА

**ЗВЕДЕНИЙ РОЗРАХУНОК**  
**коштів на відшкодування витрат за самостійно проведене зубопротезування**  
**мешканцям Слобожанської громади**

за \_\_\_\_\_ 202\_\_ року

| № з/п | Дата звернення | Прізвище ім'я по батькові особи/законного представника | Серія (за наявності) та номер паспорта | Реєстраційний номер облікової картки платника податків | Категорія, номер посвідчення статусу особи | Адреса проживання | Назва лікувального закладу/фізичної особи-підприємця | Загальна вартість зубопротезування (грн.) | Сума до відшкодування (грн.) | Примітка (дата проведеного зубопротезування) |
|-------|----------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------|
| 1     | 2              | 3                                                      | 4                                      | 5                                                      | 6                                          | 7                 | 8                                                    | 10                                        | 11                           | 12                                           |
| 1.    |                |                                                        |                                        |                                                        |                                            |                   |                                                      |                                           |                              |                                              |
| 2.    |                |                                                        |                                        |                                                        |                                            |                   |                                                      |                                           |                              |                                              |
| ...   |                |                                                        |                                        |                                                        |                                            |                   |                                                      |                                           |                              |                                              |

Підлягає відшкодуванню сума \_\_\_\_\_ грн. \_\_\_\_\_  
сума прописом)

**М.П.**

Начальник Управління СЗН

\_\_\_\_\_  
(Підпис)

\_\_\_\_\_  
(Власне ім'я ПРИЗВИЩЕ)

Начальник відділу фінансового забезпечення  
та бухгалтерського обліку-головний бухгалтер Управління СЗН

\_\_\_\_\_  
(Підпис)

\_\_\_\_\_  
(Власне ім'я ПРИЗВИЩЕ)

Начальник відділу з питань соціального  
захисту деяких категорій Управління СЗН

\_\_\_\_\_  
(Підпис)

\_\_\_\_\_  
(Власне ім'я ПРИЗВИЩЕ)

Секретар селищної ради (виконкому)

Людмила ЛАГОДА