

Додаток 2
до Порядку видачі Акта
встановлення факту
здійснення догляду на території
Великокучурівської сільської
територіальної громади

АКТ
встановлення факту здійснення догляду

с. Великий Кучурів

“ ____ “ _____ 20__ р.

I. Відомості про особу, яка звернулася за видачою Акта встановлення факту здійснення догляду Прізвище, ім'я, по батькові: _____

Інформація про задеклароване (zareєстроване) місце проживання (перебування)/фактичне місце проживання (необхідне підкреслити): _____

(вулиця, номер будинку, номер квартири, населений пункт, район, область, поштовий індекс)

Інша інформація (родинні зв'язки з особою, за якою здійснюється догляд/яка здійснює догляд): _____

II. Відомості про особу, за якою здійснюється догляд/яка здійснює догляд Прізвище, ім'я, по батькові: _____

Інформація про задеклароване (zareєстроване) місце проживання (перебування)/фактичне місце проживання (необхідне підкреслити): _____

(вулиця, номер будинку, номер квартири, населений пункт, район, область, поштовий індекс)

Інша інформація (родинні зв'язки з особою, за якою здійснюється догляд/яка здійснює догляд), наявність інвалідності): _____

III. Особа, яка звернулася за видачою Акта встановлення факту здійснення догляду, є (підкреслити необхідне):

- особою, яка має одного із своїх батьків чи батьків дружини (чоловіка) із числа осіб з інвалідністю I чи II групи і супроводжує одного із таких батьків для виїзду за межі України.

- особою, яка здійснює постійний догляд за особою з інвалідністю I чи II групи і супроводжує таку особу для виїзду за межі України.
- особою, яка здійснює постійний догляд за особою, яка його потребує, і супроводжує зазначену особу для виїзду за межі України.
- особою з інвалідністю I чи II групи або особою, яка потребує постійного догляду.

IV. Інша додаткова інформація (за потреби):

V. Висновок за результатами обстеження:

Особа, _____

(вказати потрібне): власне ім'я ПРІЗВИЩЕ особи, яка здійснює догляд

| | | |
|--|---------------------------------|--------------------------------|
| здійснює догляд за особою з інвалідністю I чи II групи або особою, яка потребує постійного догляду | так <input type="checkbox"/> | ні <input type="checkbox"/> |
| zareєстрована на одній житловій площі разом з особою з інвалідністю I чи II групи або особою, яка потребує постійного догляду | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| постійно проживає на одній житловій площі за місцем реєстрації особи з інвалідністю I чи II групи або особи, яка потребує постійного догляду, але zareєстрована в іншому місці | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

За результатами обстеження встановлено (не встановлено) факт здійснення догляду: _____

власне ім'я ПРІЗВИЩЕ особи, яка здійснює догляд

власне ім'я ПРІЗВИЩЕ особи, за якою здійснюється догляд

Члени комісії:

| | |
|--------------------------------|----------|
| _____ | _____ |
| (посада, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ) | (підпис) |
| _____ | _____ |
| (посада, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ) | (підпис) |
| _____ | _____ |
| (посада, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ) | (підпис) |

| | |
|---|----------|
| _____ | _____ |
| (посада, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ) | (підпис) |
| _____ | _____ |
| (посада, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ) | (підпис) |
| Особа, яка здійснює догляд | |
| _____ | _____ |
| (власне ім'я ПРІЗВИЩЕ) | (підпис) |
| Особа, за якою здійснюється догляд (заповнюється лише у випадку, якщо дозволяє стан здоров'я особи) | |
| _____ | _____ |
| (власне ім'я ПРІЗВИЩЕ) | (підпис) |
| Інші особи, які можуть засвідчити достовірність даних, наведених в Акті | |
| _____ | _____ |
| (власне ім'я ПРІЗВИЩЕ) | (підпис) |
| _____ | _____ |
| (власне ім'я ПРІЗВИЩЕ) | (підпис) |