



**СІВЕРСЬКОДОНЕЦЬКА МІСЬКА ВІЙСЬКОВА АДМІНІСТРАЦІЯ
СІВЕРСЬКОДОНЕЦЬКОГО РАЙОНУ ЛУГАНСЬКОЇ ОБЛАСТІ**

РОЗПОРЯДЖЕННЯ

начальника Сіверськодонецької міської військової адміністрації

«27» листопада 2026 року

№ 3410А

Про затвердження Положення про порядок надання одноразової грошової допомоги жителям Сіверськодонецької міської територіальної громади у зв'язку із зубопротезуванням

На виконання Закону України «Про правовий режим воєнного стану», «Про охорону здоров'я», Указу Президента України від 24.03.2023 № 181/2023 «Про утворення військових адміністрацій населених пунктів у Луганській області», заходів Комплексної цільової програми Сіверськодонецької міської територіальної громади «Турбота» на 2026 рік, затвердженої в новій редакції розпорядженням начальника Сіверськодонецької міської військової адміністрації Сіверськодонецького району Луганської області від 09.07.2026 № 338 ВА/2026 «Про затвердження в новій редакції Комплексної цільової програми Сіверськодонецької міської територіальної громади «Турбота» на 2026 рік», з метою покращення фізичного здоров'я жителів громади та забезпечення їхнього доступу до якісного стоматологічного лікування,
зобов'язую:

1. Затвердити Положення про порядок надання одноразової грошової допомоги жителям Сіверськодонецької міської територіальної громади у зв'язку із зубопротезуванням (додається).

2. Розпорядження підлягає оприлюдненню.

3. Контроль за виконанням цього розпорядження покласти на заступника начальника Сіверськодонецької міської військової адміністрації Сіверськодонецького району Луганської області Наталію ВАСИЛЕНКО.

Начальник Сіверськодонецької
міської військової адміністрації

Євгенія БОЙКО

ЗАТВЕРДЖЕНО

Розпорядження начальника
Сіверськодонецької міської ВА
від « 27 » листопада 2026 р. № 37/ВА

Положення
про порядок надання одноразової грошової допомоги жителям
Сіверськодонецької міської територіальної громади у зв'язку із
зубопротезуванням

1. Загальні положення

1.1. Дане положення визначає механізм використання коштів бюджету Сіверськодонецької міської територіальної громади для надання одноразової грошової допомоги жителям Сіверськодонецької міської територіальної громади у зв'язку із зубопротезуванням, у тому числі необхідним стоматологічним лікуванням перед зубопротезуванням.

1.2. Одноразова грошова допомога (далі – допомога) надається:

- особам, місце проживання яких зареєстровано на території Сіверськодонецької міської територіальної громади станом на 24.02.2022 та на день надання заяви, та які перемістилися на підконтрольну державній владі територію;

- особам, які станом на 24.02.2022 перебували на обліку внутрішньо переміщених осіб в УСЗН Сіверськодонецької міської ВА, проживали на території Сіверськодонецької міської територіальної громади до 24.02.2022 не менше 3 років та перемістилися на підконтрольну державній владі територію.

1.3. Допомога є безповоротною адресною соціальною допомогою, що надається за рахунок коштів бюджету Сіверськодонецької міської територіальної громади за наявності фінансових ресурсів, в межах коштів, затверджених на виконання відповідного заходу Комплексної цільової програми Сіверськодонецької міської територіальної громади «Турбота», затвердженої на 2026 рік.

2. Мета Порядку

2.1. Метою Порядку є визначення умов надання у 2026 році допомоги жителям Сіверськодонецької міської територіальної громади для відшкодування витрат, понесених у зв'язку із зубопротезуванням, у тому числі необхідним стоматологічним лікуванням перед зубопротезуванням.

3. Порядок надання одноразової грошової допомоги у зв'язку із зубопротезуванням, у тому числі необхідним стоматологічним лікуванням перед зубопротезуванням

3.1. Допомога надається у вигляді відшкодування витрат, понесених заявником/заявницею у 2026 році на оплату послуг із зубопротезування, у тому числі необхідного стоматологічного лікування перед зубопротезуванням, проведеного за медичними показаннями з метою відновлення жувальної функції та/або мовлення.

Допомога надається одноразово, в розмірі фактично понесених витрат, але в будь-якому разі не більше 50 000 (п'ятдесят тисяч гривень).

Отримання допомоги на оплату послуг із зубопротезування, у тому числі необхідного стоматологічного лікування перед зубопротезуванням, не виключає отримання заявником/заявницею інших видів допомог, які надаються за рахунок коштів бюджету Сіверськодонецької міської територіальної громади.

3.2. Допомога не надається у випадках, коли лікування/зубопротезування здійснюється виключно з косметичною (естетичною) метою, не обумовлено медичними показаннями та не є критично важливим для нормального харчування, мовлення, самопочуття, соціальної активності.

Допомога також не надається на виготовлення зубних протезів із застосуванням дорогоцінних металів (золота, платини, паладію та інших дорогоцінних металів відповідно до законодавства України) та матеріалів, що їх містять.

3.3. Допомога надається:

- особам з інвалідністю I, II групи;
- особам, які досягли 60-річного віку;
- дітям з інвалідністю.

3.4. Для отримання послуг із зубопротезування, у тому числі необхідного стоматологічного лікування перед зубопротезуванням, заявник/заявниця самостійно обирає лікувально-профілактичний/стоматологічний заклад/фізичну особу-підприємця, які мають ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики.

3.5. До переліку послуг, витрати на оплату яких відшкодовуються за рахунок допомоги, належать:

- діагностика (огляд, рентгенологічні дослідження, у тому числі конусно-променева комп'ютерна томографія (КПКТ) або комп'ютерна томографія, якщо їх проведення призначене лікарем та є необхідним для планування чи проведення зубопротезування);
- лікування карієсу, пульпіту, періодонтиту, травм зубів та ускладнень;
- пломбування, шинування, видалення;
- знеболення;
- виготовлення та встановлення протезів (металокерамічних, акрилових, бюгельних, нейлонових, вкладок);
- обробка опорних зубів;

- полірування та адаптація (корекція зубів та прикусу, якщо вона є необхідною частиною ортопедичного лікування та підтверджена планом лікування).

3.6. Підставою для надання допомоги є заява громадянина або його законного представника про надання допомоги встановленої форми.

До заяви обов'язково додаються наступні документи:

- копія (сканована копія) паспорта заявника/заявниці, його законного представника/представниці (сторінки 1 і 2, а також сторінки з відміткою про реєстрацію місця проживання), або копія (сканована копія) ID-карти та довідки про внесення відомостей до Єдиного державного демографічного реєстру/витягу з Єдиного державного демографічного реєстру;

- копія (сканована копія) довідки про присвоєння реєстраційного номера облікової картки платника податків заявника/заявниці, його законного представника/представниці;

- копія (сканована копія) рішення суду про визнання особи недієздатною та призначення опікуна (законного представника/представниці), за потреби;

- копія (сканована копія) актуальної на дату звернення довідки внутрішньо переміщеної особи заявника/заявниці;

- копії (скановані копії) документів, що містять рекомендацію лікаря щодо лікування та протезування (довідка форми 028/0, консультативний висновок лікаря-стоматолога/лікаря-стоматолога-ортопеда, план ортопедичного лікування, виписка/витяг з медичної документації або інші медичні документи, оформлені відповідно до законодавства, що містять діагноз, медичні показання до зубопротезування та обґрунтування необхідності його проведення);

- копії (скановані копії) документів, що підтверджують отримання послуг (договір про надання послуг, укладений між заявником/заявницею та обраним ним закладом/ФОП; акт приймання-передачі/акт виконаних робіт/акт наданих послуг, підписаний виконавцем та заявником/заявницею; калькуляція; рахунок-фактура, фіскальний чек або інший документ із деталізацією наданих стоматологічних послуг);

- копії (скановані копії) документів, що підтверджують понесені витрати (фіскальний чек, розрахункова квитанція; платіжна інструкція (платіжне доручення), що підтверджує безготівкову оплату; виписка з банківського рахунку або інший банківський документ, що підтверджує списання коштів; інший документ, оформлений відповідно до законодавства, який підтверджує здійснення оплати);

- довідка про відкриття банківського рахунку або її копія.

3.7. Документи, що підтверджують отримання послуг, в обов'язковому порядку повинні містити: прізвище, ім'я, по батькові заявника/заявниці та реквізити виконавця робіт; перелік виконаних робіт/наданих послуг, який дає можливість встановити, що зубопротезування проведено за медичними показаннями та відповідає переліку послуг, витрати на які підлягають відшкодуванню; інформацію про вартість робіт.

У разі, якщо послуги надаються лікувально-профілактичним/стоматологічним закладом, документи щодо їх надання повинні містити інформацію про повну назву закладу; код ЄДРПОУ; прізвище, ім'я, по батькові директора/представника компанії; відбиток печатки закладу.

У разі, якщо послуги надаються фізичною особою-підприємцем, документи щодо їх надання повинні містити наступну інформацію: прізвище, ім'я, по батькові; ідентифікаційний номер платника податків. Також надаються копії документів, що підтверджують державну реєстрацію фізичної особи – підприємця та наявність у неї права на провадження господарської діяльності з медичної практики відповідно до законодавства.

Документ, що підтверджує оплату послуг, повинен містити реквізити, які дають можливість ідентифікувати платника та виконавця послуг, дату здійснення оплати та суму сплачених коштів, а за можливості — послуги, за які здійснено оплату.

Документи, які надаються в копіях, завіряються належним чином: дата, підпис, прізвище та ініціали заявника/заявниці з відміткою «згідно з оригіналом».

Заява та документи можуть бути підписані та завірені кваліфікованим електронним підписом (КЕП) або удосконаленим електронним підписом (УЕП/ЕЦП). В такому випадку разом із заявою та документами в обов'язковому порядку надсилається файл підпису.

3.8. Заява про надання допомоги та документи надаються заявником/заявницею або його законним представником/представницею особисто до Сіверськодонецького ЦНАПу або надсилаються на електронну адресу sparkor@sed-rada.gov.ua.

Заяви про надання допомоги приймаються до 20.12.2026.

Заяви, подані до 20.12.2026, за якими Комісією не було прийнято рішення у 2026 році, підлягають розгляду не пізніше 01.03.2027, за умови затвердження відповідної програми, включення до неї заходу та наявності коштів, затверджених на виконання заходу програми

Рішення про надання/відмову у наданні допомоги прийматиметься на підставі положення, що буде діяти на момент розгляду заяви.

3.9. Прийняті заяви реєструються у програмному забезпеченні «ЦНАП-SQS.Послуги», до якої надано доступ спеціалісту Управління соціального захисту населення Сіверськодонецької міської військової адміністрації Сіверськодонецького району Луганської області (надалі - УСЗН Сіверськодонецької міської ВА).

УСЗН Сіверськодонецької міської ВА має право перевіряти надані заявником/заявницею відомості та інформацію та, у разі необхідності, запитувати додаткові документи, відомості, інформацію.

3.10. Заявник/заявниця несе відповідальність за достовірність наданих документів.

3.11. Заява на отримання допомоги та документи розглядаються комісією з питань призначення грошової допомоги за рахунок коштів бюджету

Сіверськодонецької міської територіальної громади (надалі Комісія) протягом 30 днів з дня реєстрації заяви у програмному забезпеченні «ЦНАП-SQS.Послуги».

Рішення щодо надання допомоги/відмови у наданні допомоги приймається Комісією та оформлюється протоколом. На підставі протоколу готується проєкт розпорядження начальника Сіверськодонецької міської військової адміністрації Сіверськодонецького району Луганської області про виплату допомоги.

В разі прийняття рішення про відмову в наданні допомоги заявнику/заявниці направляється повідомлення із зазначенням підстав відмови.

3.12. Заявнику/заявниці може бути відмовлено у наданні допомоги у разі:

- надання документів про отримання послуг із стоматологічного лікування та подальшого зубопротезування за період, що не відповідає умовам пп. 3.1. цього Положення;
- невідповідності наданих документів умовам пп. 3.5.-3.7. цього Положення;
- проведення зубопротезування в косметичних/естетичних цілях;
- проведення стоматологічного лікування без подальшого зубопротезування;
- подання заявником/заявницею недостовірних інформації, відомостей, документів;
- надання документів, визначених цим Положенням, не в повному обсязі;
- отримання аналогічного виду виплати з державного бюджету, бюджету іншої громади;
- повторного звернення заявником/заявницею протягом терміну дії програми, затвердженої на відповідний рік;
- відсутності кошторисних призначень або повного використання коштів, виділених з бюджету Сіверськодонецької міської територіальної громади на надання компенсації.

3.13. Заява залишається без руху, якщо до неї не додані всі необхідні документи. Про перелік документів, що необхідно додати, та терміни їх надання УСЗН Сіверськодонецької міської ВА повідомляє заявнику/заявниці письмово. Якщо у встановлені терміни всі необхідні або додатково запитовані документи не додані, заявнику/заявниці надсилається повідомлення про відмову у наданні допомоги. В такому разі заявник/заявниця має право повторно звернутися за наданням допомоги, надавши нову заяву та необхідні документи.

3.14. Виплата допомоги проводиться відповідно до розпорядження начальника Сіверськодонецької міської ВА шляхом перерахування УСЗН Сіверськодонецької міської ВА коштів на особовий рахунок заявника/заявниці, відкритий в банківській установі.

Заступник начальника
Сіверськодонецької міської
військової адміністрації



Наталія ВАСИЛЕНКО

Додаток

до Положення про порядок надання одноразової грошової допомоги жителям Сіверськодонецької міської територіальної громади у зв'язку із стоматологічним лікуванням перед зубопротезуванням та подальшим зубопротезуванням (п.3.6)

В комісію з питань призначення грошової допомоги за рахунок коштів бюджету Сіверськодонецької міської територіальної громади

(прізвище, ім'я, по батькові заявника/заявниці)

(адреса зареєстрованого місця проживання заявника/заявниці)

(адреса фактичного місця проживання заявника/заявниці)

(соціальний статус)

(адреса електронної пошти, № телефону)

ЗАЯВА

Прошу надати одноразову грошову допомогу у зв'язку з витратами, понесеними у зв'язку із зубопротезуванням, у тому числі необхідним стоматологічним лікуванням перед зубопротезуванням.

Допомогу/компенсацію з бюджету іншої громади або державного бюджету не отримував(вала)/отримував(вала) у сумі _____ (зазначити необхідне).

Документи, що додаються:

1. _____
2. _____
3. _____

Підписанням цієї заяви засвідчую обізнаність про відповідальність за надання недостовірних документів, інформації та відомостей.

ЗГОДА

на обробку персональних даних

Я, шляхом підписання цього тексту, відповідно до Закону України «Про захист персональних даних», надаю згоду Сіверськодонецькій міській військовій адміністрації Сіверськодонецького району Луганської області, її відділам та 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)

Заступник начальника
Сіверськодонецької міської
військової адміністрації



Наталія ВАСИЛЕНКО