



ВИКОНКОМ КРИВОРІЗЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ  
УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

пл. Молодіжна, 1, м. Кривий Ріг, Дніпропетровська обл., 50101  
тел. (0564) 92-13-83, тел./факс 74-68-47, e-mail: zdravoffice@ukrpost.ua

29.05.19

№ С-56-13 На № С-264-ІЗ від 23.05.2019

✓ **Севостьянова Анна**  
**foi+request-49781-51ec6e26@dostup.pravda.com.ua**

-----  
**Виконком міськради**

**Про розгляд запиту  
на інформацію**

**Шановна Анно!**

На Ваш інформаційний запит, що надійшов до виконкому Криворізької міської ради з питання щодо програм підтримки родин, у яких виховуються діти, хворі на онкологічну патологію розглянуто сумісно управлінням охорони здоров'я та департаментом соціальної політики виконкому Криворізької міської ради. За результатами розгляду повідомляємо.

На виконання міської міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» у м. Кривому Розі для забезпечення безкоштовними лікарськими засобами для дітей з онкологічними та гематологічними захворюваннями на базі КП «Криворізька міська клінічна лікарня №8» КМР виділено кошти у сумі 3,9 млн. грн.

Виконується вимога програми в частині надання батькам дітей хворих на злоякісні новоутворення, фіксованої матеріальної допомоги в розмірі 1000 грн. щомісячно на 1 дитину.

Для вирішення нагальних соціально-побутових питань, у тому числі на оплату лікувальних та реабілітаційних послуг, або оздоровлення дітей з особливими потребами в рамках Програми соціального захисту окремих категорій мешканців м. Кривого Рогу виділено кошти (5 тис. грн. на дитину). Більша кількість батьків дітей з особливими потребами вже отримали дану допомогу.

Згідно Положенню про надання одноразової грошової допомоги мешканцям міста за рахунок бюджетних коштів мешканцям міста, у тому числі батькам дітей, хворих на онкологічну патологію надається матеріальна допомога на проведення лікування при наданні до виконкому Криворізької міської ради (каб. №129) слідуючого пакету документів:

✓  
1. Особиста заява із зазначенням зареєстрованих та тих, хто фактично проживає за адресою реєстрації місця проживання заявника.

2. Копія паспорта з пред'явленням оригіналів.

3. Копія довідки про присвоєння ідентифікаційного номера реєстраційного номера облікової картки платника податків з пред'явленням оригіналів.

4. Документ, що підтверджує факт стихійного лиха або нещасного випадку та шкоду нанесену ними, хвороби медичного закладу з оригіналами фінансових документів (касові чеки), копію свідоцтва про смерть.

5. Довідки про сукупний дохід сім'ї за попередні 3 (три) місяці від місяця звернення (заробітна плата, пенсія, регресні вимоги, інші соціальні виплати, виплати, що надаються навчальними закладами, всіх членів сім'ї, які зареєстровані та/або проживають разом із заявником).

6. Інші документи, у разі необхідності, для підтвердження фактів, викладених у заяві.

*З повагою*

*Начальник*



*К. Мурашко*

*Желязкова Тетяна Леонідівна,  
92-13-84*

