

**МАЛИНСЬКА МІСЬКА РАДА ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСТІ**

**ВИКОНАВЧИЙ КОМІТЕТ**

**Р І Ш Е Н Н Я**

від 30.05.2024 № 262

Про затвердження положення

про порядок призначення та реєстрації

помічника дієздатній фізичній особі,

яка за станом здоров’я не може самостійно

здійснювати свої права та виконувати обов’язки.

Про затвердження зразка посвідчення помічника

дієздатної фізичної особи.

Відповідно до ст. 78 Цивільного кодексу України, Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні», виконавчий комітет Малинської міської ради

ВИРІШИВ :

1.Затвердити:

1.1. Положення про порядок призначення та реєстрації помічника дієздатній фізичній особі, яка за станом здоров’я не може самостійно здійснювати свої права та виконувати обов’язки (додаток 1);

1.2.Зразок посвідчення фізичної дієздатної особи (додаток 2);

1.3.Зразок заяви дієздатної фізичної особи, яка за станом здоров’я не може самостійно здійснювати свої права та виконувати свої обов’язки для призначення помічника (додаток 3);

1.4.Зразок заяви для фізичної особи, яка бажає бути помічником дієздатної фізичної особи, яка за станом здоров’я не може самостійно здійснювати свої права та виконувати свої обов’язки (додаток 4);

1.5.Зразок журналу реєстрації посвідчень помічника дієздатної фізичної особи, яка за станом здоров’я не може самостійно здійснювати свої права та виконувати свої обов’язки (додаток 5);

2. Контроль за виконанням цього рішення покласти на заступника міського голови, голову опікунської ради Віталія ЛУКАШЕНКА

Міський голова Олександр СИТАЙЛО

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Віталій ЛУКАШЕНКО

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ігор МАЛЕГУС

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Олександр ПАРШАКОВ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Сергій НЕДОГАРОК

Додаток 1

до рішення виконавчого комітету

від 30.05.2024 № 262

ПОЛОЖЕННЯ

Про порядок призначення та реєстрації помічника дієздатній фізичній особі, яка за станом здоров’я не може самостійно здійснювати свої права та виконувати обов’язки.

1.Загальні положення

1.1. Положення щодо призначення та реєстрації помічника дієздатній фізичній особі, яка за станом здоров’я не може самостійно здійснювати свої права та обов’язки (далі – Положення) визначає порядок призначення та реєстрації помічника дієздатній фізичній особі, яка за станом здоров’я не може самостійно здійснювати свої права та виконувати обов’язки.

1.2.Положення розроблене відповідно до Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні», статті 78 Цивільного кодексу України, Правил опіки та піклування, Закону України «Про захист персональних даних».

2. Порядок призначення та реєстрації помічника

дієздатній фізичній особі.

2.1.Дієздатна фізична особа, яка за станом здоров’я не може самостійно здійснювати свої права та виконувати обов’язки, має право обрати собі помічника.

2.2.Для призначення помічника дієздатній фізичній особі до виконавчого комітету Малинської міської ради, як органу опіки та піклування, подається наступний пакет документів.

- дієздатною фізичною особою, яка за станом здоров’я не може самостійно здійснювати свої права та виконувати обов’язки:

1) заява на ім’я міського голови затвердженого зразка;

2) копія паспорта громадянина України (усі заповнені сторінки);

3)довідка з місця реєстрації (проживання) фізичної особи;

4) довідка лікувальної установи про стан здоров’я дієздатної фізичної особи, яка за станом здоров’я не може самостійно здійснювати свої права та виконувати обов’язки (висновок лікувально – консультативної комісії);

5) акт обстеження матеріально – побутових умов, виданий старостою відповідного старостату або представниками управління праці та соціального захисту населення виконкому Малинської міської ради;

- фізичною особою, яка може бути помічником над дієздатною фізичною особою, яка за станом здоров’я не може самостійно здійснювати свої права та виконувати обов’язки:

1) заява на ім’я міського голови затвердженого зразка;

2) копія паспорта громадянина України (усі заповнені сторінки);

3) довідка лікувальної установи про стан здоров’я фізичної особи, яка бажає бути помічником над дієздатною фізичною особою, яка за станом здоров’я не можу самостійно здійснювати свої права та виконувати обов’язки (висновок лікувально – консультативної комісії);

4) довідка з місця реєстрації (проживання) фізичної особи;

5) характеристика на фізичну особу, яка бажає бути помічником над дієздатною фізичною особою, яка за станом здоров’я не може самостійно здійснювати свої права та виконувати обов’язки (виданий з місця роботи або депутатом та /або старостою відповідного старостату);

6)фотокартка розміром 3х4см.

2.3. Питання призначення та реєстрації помічника дієздатній фізичній особі, яка за станом здоров’я не може самостійно здійснювати свої права та виконувати обов’язки попередньо розглядається на засіданні органу опіки та піклування при виконавчому комітеті Малинської міської ради (далі – орган опіки та піклування).

2.4. Секретар опікунської ради:

- приймає заяву та пакет документів для призначення та реєстрації помічника дієздатній фізичній особі, яка за станом здоров’я не може самостійно здійснювати свої права та виконувати обов’язки;

- виносить заяву на розгляд опікунської ради;

- при позитивному розв’язанні питання опікунською радою, готує проект рішення виконавчого комітету Малинської міської ради про призначення та реєстрацію помічника дієздатній фізичній особі, яка за станом здоров’я не може самостійно здійснювати свої права та виконувати обов’язки;

- видає заявнику рішення виконавчого комітету Малинської міської ради про призначення помічника;

- видає помічникові дієздатної фізичної особи посвідчення з зазначенням прав помічника за зразком (додаток 2);

- реєструє посвідчення в «Журналі реєстрації посвідчень дієздатної фізичної особи», яка має бути прошнурована, пронумерована та скріплена печаткою (додаток 5);

2.5. Помічником може бути дієздатна фізична особа.

2.6. Підставами для відмови в призначенні помічника дієздатній фізичній особі, яка за станом здоров’я не може самостійно здійснювати свої права та виконувати обов’язки, є:

- невідповідність поданих документів;

- виявлення в поданих документах недостовірної інформації;

- фізична особа не належить до категорії осіб, які можуть обирати собі помічника;

- особа, яка обрана бути помічником, є працівником суб’єкта, що надає соціальні послуги дієздатній особі, яка подала заяву про реєстрацію помічника;

- особа, яка обрана бути помічником, є неповнолітньою, крім випадків, коли така особа набула повної цивільної дієздатності в порядку, встановленому законодавством;

- особа, яка обрана бути помічником перебуває на обліку або лікується в психоневрологічних або наркологічних закладах.

При негативному розв’язанні питання заявнику направляється лист про відмову у призначенні та реєстрації помічника дієздатній фізичній особі, але це не позбавляє дану фізичну особу можливості повторно звернутися до органу опіки та піклування із заявою про реєстрацію помічника, якщо перестануть існувати обставини, що стали причиною для відмови у реєстрації.

3. Права помічника дієздатної фізичної особи.

3.1. Помічник має право на одержання пенсії, аліментів, заробітної плати, поштової кореспонденції, що належать фізичній особі, яка потребує допомоги.

3.2. Помічник має право вчиняти дрібні побутові правочини в інтересах особи, яка потребує допомоги, відповідно до наданих йому повноважень.

3.3. Помічник представляє особу в органах державної влади, органах місцевого самоврядування та організаціях, діяльність яких пов’язана з обслуговуванням населення. Помічник може представляти особу в суді лише на підставі окремої довіреності.

4. Припинення повноважень помічника

4.1. Звільнення помічника від виконання обов’язків здійснюється на підставі рішення виконавчого комітету Малинської міської ради у наступних випадках:

- у разі подачі письмової заяви дієздатної фізичної особи;

- у разі подачі письмової заяви помічника;

- у разі смерті дієздатної фізичної особи а бо помічника.

4.2. При припиненні повноважень помічника посвідчення здається до органу опіки та піклування та знищується.

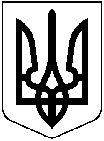
Додаток 2

до рішення виконавчого комітету

від 30.05.2024 № 262

зразок посвідчення

помічника фізичної дієздатної особи



**ВИКОНАВЧИЙ КОМІТЕТ МАЛИНСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ**

**ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСТІ**

ПОСВІДЧЕННЯ

помічника дієздатної фізичної особи №\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ФОТО  30 х 40 мм |  | Прізвище\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ім’я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  По-батькові\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Серія (за наявності) та номер документа, що підтверджує особу  Помічника\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_виданий\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата видачі\_\_\_\_\_\_р. |

є помічником дієздатної фізичної особи яка за станом здоров’я не може самостійно здійснювати свої права та виконувати свої обов’язки\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ПІБ, дата народження)

на підставі рішення виконавчого комітету Малинської міської ради №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_від\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_року

Серія (за наявності) та номер документа, що підтверджує особу фізичної дієздатної особи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_виданий\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата видачі\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_р.

Голова органу опіку і піклування \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П. (підпис) (прізвище та ініціалі)

Помічник дієздатної фізичної особи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(підпис) (прізвище та ініціали)

Пред’явник цього посвідчення відповідно до ст..78 Цивільного кодексу України має право:

* одержання пенсії, аліментів, заробітної плати, поштової кореспонденції, що належить фізичній особі, яка потребує допомоги;
* вчиняти дрібні побутові правочини в інтересах особи, яка потребує допомоги, відповідно до наданих йому повноважень;
* представляти особу в органах державної влади, органах місцевого самоврядування та організаціях, діяльність яких пов’язана з обслуговуванням населення;
* помічник може представляти особу в суді лише на підставі окремої довіреності.

Додаток 3

до рішення виконавчого комітету

від 30.05.2024 № 262

ЗРАЗОК ЗАЯВИ

дієздатної фізичної особи, яка за станом здоров’я не може самостійно здійснювати свої права та виконувати свої обов’язки для призначення помічника

Міському голові

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(П.І.Б)

Адреса:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тел.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прошу зареєструвати моїм помічником\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(прізвище, ім’я, по батькові, дата народження)

В зв’язку з тим, що я за станом здоров’я не можу самостійно здійснювати свої права та виконувати обов’язки.

Відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» я даю згоду на оброблення та використання моїх персональних даних.

До заяви додаю:

1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_року (підпис)

Додаток 4

до рішення виконавчого комітету

від 30.05.2024 № 262

ЗРАЗОК ЗАЯВИ

для фізичної особи, яка бажає бути помічником дієздатної фізичної особи, яка за станом здоров’я не може самостійно здійснювати свої права та виконувати свої обов’язки

Міському голові

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(П.І.Б)

Адреса:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тел.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прошу зареєструвати мене помічником\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(прізвище, ім’я, по батькові, дата народження)

в зв’язку з тим, що він (вона) за станом здоров’я не може самостійно здійснювати свої права та виконувати обов’язки.

Відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» я даю згоду на оброблення та використання моїх персональних даних.

До заяви додаю:

1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_року (підпис)

Додаток 5

до рішення виконавчого комітету

від 30.05.2024 № 262

ЗРАЗОК ЖУРНАЛУ

реєстрації посвідчень помічника дієздатної фізичної особи, яка за станом здоров’я не може самостійно здійснювати свої права

та виконувати свої обов’язки

ЖУРНАЛ

реєстрації посвідчень помічника дієздатної фізичної особи

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Прізвище, ім’я по-батькові помічника | Адреса проживання помічника | Прізвище, ім’я по – батькові дієздатної фізичної особи | Адреса проживання дієздатної фізичної особи | Рішення виконкому про призначення помічника (дата номер | Дата видачі посвідчення | Підпис особи, яка отримала посвідчення | Відмітка про здачу посвідчення |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |