Додаток

до рішення виконавчого комітету

міської ради

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_

ПОРЯДОК

відшкодування витрат за придбані лікарські засоби за пільговими рецептами та надання послуг з безкоштовного зубопротезування громадянам, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи

1. 1. Цей Порядок визначає механізм здійснення видатків з бюджету Луцької міської територіальної громади для відшкодування витрат за придбані лікарські засоби за пільговими рецептами та надання послуг з безкоштовного зубопротезування громадянам, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи.
2. 2. Порядок застосовується щодо осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи і мають право на забезпечення пільговим медичним обслуговуванням відповідно до статей 20–22, 30 Закону України «Про статус та соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи» та відомості про реєстрацію місця проживання яких внесені до Реєстру Луцької міської територіальної громади.
3. 3. Відшкодування витрат за придбані лікарські засоби за пільговими рецептами та надання послуг з безкоштовного зубопротезування (за винятком зубопротезування з дорогоцінних металів та прирівняних за вартістю до них, що визначаються Міністерством здоров’я України) громадянам, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи здійснює департамент соціальної та ветеранської політики Луцької міської ради в межах кошторисних призначень на відповідний рік.

4. Підставою для відшкодування витрат за придбані лікарські засоби за пільговими рецептами є оригінал рецепта зі штампом «ВІДПУЩЕНО» та касовий чек про сплату коштів з граничною торгівельною надбавкою (націнкою) не вище ніж 10 відсотків закупівельної ціни.

5. Рецепти на лікарські засоби і вироби медичного призначення, які відпускаються на пільгових умовах, виписуються лікарями суб’єктів господарювання, які провадять господарську діяльність з медичної практики, згідно з лікарськими спеціальностями, за якими провадиться медична практика відповідно до отриманої ліцензії, та відповідно до лікарських посад.

Перелік таких суб’єктів господарювання затверджується наказом управління охорони здоров’я облдержадміністрації.

Безоплатно і на пільгових умовах відпускаються лікарські засоби, які зареєстровані в Україні в установленому порядку та включені до галузевих стандартів у сфері охорони здоров’я і Національного переліку основних лікарських засобів, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25.03.2009 №333 «Деякі питання державного регулювання цін на лікарські засоби і вироби медичного призначення» (зі змінами).

Дія цього Порядку не поширюється на лікарські засоби, вартість яких відшкодовується за договорами про реімбурсацію, укладеними відповідно до законодавства.

Контроль за виписаними рецептами на лікарські засоби, вартість яких відшкодовується департаментом соціальної та ветеранської політики міської ради, здійснюється завідувачами (керівниками) медичних установ шляхом перевірки відповідності виписаних лікарських засобів на безоплатних і на пільгових умовах до галузевих стандартів у сфері охорони здоров’я і Національного переліку основних лікарських засобів, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25.03.2009 № 333 «Деякі питання державного регулювання цін на лікарські засоби і вироби медичного призначення» (зі змінами), та завіряється підписом завідувача (керівника) медичної установи.

6. Для відшкодування витрат за придбані в аптечних закладах лікарські засоби заявник подає до департаменту соціальної та ветеранської політики міської ради щомісячно до 15 числа:

1. 6.1. Заяву за формою, згідно з додатком 1 до цього Порядку.
2. 6.2. Оригінал касового чека.
3. 6.3. Оригінал рецепта.
4. 6.4. Пред’являє посвідчення, що підтверджує статус особи, постраждалої внаслідок Чорнобильської катастрофи, та документ, що посвідчує особу і підтверджує реєстрацію місця проживання.
5. 7. У випадку прийняття заяви на відшкодування витрат за придбаний лікарський засіб, вартість якого перевищує розмір 1,5 мінімальної заробітної плати на дату придбання, питання відшкодування суми понад установлений розмір 1,5 мінімальної заробітної плати вирішується на засіданні комісії з питань відшкодування витрат за придбані лікарські засоби за пільговими рецептами громадянам, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи.
6. 8. Відшкодування витрат за надання послуг з безкоштовного зубопротезування визначається у розмірі до 10 відсотків від загального обсягу асигнувань на відповідний бюджетний рік.
7. 9. Підставою для відшкодування витрат за надання послуг з безкоштовного зубопротезування є акт виконаних робіт на суму витрачених коштів на ім’я пільговика, де обов’язково вказується номер посвідчення, перелік послуг та касовий чек про сплату коштів.
8. Послуги з безкоштовного зубопротезування громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, надаються закладами охорони здоров’я  – комунальними підприємствами та фізичними особами-підприємцями, які мають ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики.
9. Надавачі послуги з безкоштовного зубопротезування складають у двох примірниках акт виконаних робіт на суму витрачених коштів на ім’я пільговика, де обов’язково вказується номер посвідчення та перелік послуг.

10. Для відшкодування витрат за надані послуги з безкоштовного зубопротезування заявник подає до департаменту соціальної та ветеранської політики міської ради щомісячно до 15 числа:

10.1. Заяву за формою, згідно з додатком 2 до цього Порядку.

1. 10.2. Акт виконаних робіт.
2. 10.3. Оригінал касового чеку.
3. 10.4. Пред’являє посвідчення, що підтверджує статус особи, постраждалої внаслідок Чорнобильської катастрофи, та документ, що посвідчує особу і підтверджує реєстрацію місця проживання.
4. 11. У разі смерті особи, якій нарахована виплата, члени сім’ї померлого можуть отримати виплату на підставі:
5. заяви одного з членів сім’ї, поданої не пізніше закінчення бюджетного періоду;
6. копії свідоцтва про смерть, виданого органами реєстрації актів цивільного стану.
7. 12. Департамент соціальної та ветеранської політики міської ради:
8. у межах плану асигнувань загального фонду бюджету здійснює нарахування витрат громадянам у порядку черговості реєстрації заяв;
9. відшкодовує громадянам кошти, сплачені за придбані лікарські засоби, шляхом виплати за разовими дорученнями або відомостями через установи банків та поштові відділення в межах плану асигнувань загального фонду бюджету на відповідний бюджетний період в міру надходження коштів.
10. 13. У разі придбання лікарських засобів в аптечних закладах / отримання послуг з безкоштовного зубопротезування після 15 грудня поточного року відшкодування витрат проводиться в січні наступного року.
11. 14. Операції, пов’язані з використанням коштів з бюджету Луцької міської територіальної громади здійснюються в установленому законодавством порядку.

15. Формування обсягів потреби, контроль за цільовим використанням коштів здійснюється департаментом соціальної та ветеранської політики міської ради у встановленому законодавством порядку, в межах наданих повноважень.

Заступник міського голови,

керуючий справами виконкому Юрій ВЕРБИЧ

Янчук 284 181

Додаток 1

до Порядку відшкодування витрат за придбані лікарські засоби за пільговими рецептами та надання послуг з безкоштовного зубопротезування громадянам, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи

Директору департаменту соціальної та ветеранської політики Луцької міської ради

постраждалого внаслідок аварії на ЧАЕС

\_\_\_категорії, посвідчення серія \_\_\_\_\_\_

номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

видане Волинською облдержадміністрацією

від «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_р.

Прізвище

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Ім’я

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

По батькові

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Адреса

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Телефон

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Виплата через (банк / поштою)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Рахунок

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Ідентифікаційний код

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**З А Я В А**

Прошу відшкодувати кошти за придбані лікарські засоби в сумі\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Надаю згоду на обробку моїх персональних даних виключно з метою відшкодування коштів за придбані лікарські засоби.

Перелік документів, що додаються:

Оригінал касового чека.

Оригінал рецепта № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

Дата Підпис

|  |
| --- |
| Заяву та документи на \_\_\_\_\_\_\_\_ аркушах прийнято «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_р. та зареєстровано в реєстрі під № \_\_\_\_\_\_.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «Ознайомився» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище та підпис відповідальної особи) (підпис заявника, законного представника) |
| **Лінія відрізу** |
| Заяву та документи на \_\_\_\_\_\_\_\_ аркушах прийнято «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_р. та зареєстровано в реєстрі під № \_\_\_\_\_\_.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ознайомився» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище та підпис відповідальної особи) (підпис заявника, законного представника) |

Додаток 2

до Порядку відшкодування витрат за придбані лікарські засоби за пільговими рецептами та надання послуг з безкоштовного зубопротезування громадянам, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи

Директору департаменту соціальної та ветеранської політики Луцької міської ради

постраждалого внаслідок аварії на ЧАЕС

\_\_\_ категорії, посвідчення серія \_\_\_\_\_

номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

видане Волинською облдержадміністрацією

від «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_р.

Прізвище

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Ім’я

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

По батькові

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Адреса

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Телефон

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Виплата через (банк/поштою)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Рахунок

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Ідентифікаційний код

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**З А Я В А**

Прошу відшкодувати кошти за надані послуги з безкоштовного зубопротезування в сумі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Надаю згоду на обробку моїх персональних даних виключно з метою відшкодування коштів за надані послуги з зубопротезування.

**Перелік документів, що додаються:**

1. Оригінал касового чека.
2. Акт виконаних робіт № \_\_\_\_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
3. Прибутковий ордер.

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

Дата Підпис

|  |
| --- |
| Заяву та документи на \_\_\_\_\_\_\_\_ аркушах прийнято «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_р. та зареєстровано в реєстрі під № \_\_\_\_\_\_.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «Ознайомився»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище та підпис відповідальної особи) (підпис заявника, законного представника) |
| **Лінія відрізу** |
| Заяву та документи на \_\_\_\_\_\_\_\_ аркушах прийнято «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_р. та зареєстровано в реєстрі під № \_\_\_\_\_\_.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «Ознайомився»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище та підпис відповідальної особи) (підпис заявника, законного представника) |