

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства соціальної
політики України
14.07.2016 № 762

АКТ

обстеження матеріально-побутових умов
(складається територіальним центром соціального обслуговування (надання соціальних послуг) за згоди особи, яка потребує їх надання)

1. Прізвище _____ ім'я _____ по батькові _____
2. Дата народження _____
3. Місце проживання/перебування (адреса) _____
_____ телефон _____
4. Реєстрація місця проживання / перебування _____
5. Реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія та номер паспорта (для осіб, які мають відмітку у паспорті про право здійснювати будь-які платежі за серією та номером паспорта) _____
6. Вид доходів (необхідне підкреслити): пенсія за віком, пенсія по інвалідності, пенсія у зв'язку з втратою годувальника, пенсія за вислугу років, державна соціальна допомога, допомога по безробіттю, допомога по тимчасовій непрацездатності, інше (вказати) _____
7. Розмір доходів (на місяць) (зі слів особи) _____ грн _____ коп.
8. Додаткові прибутки (сума на рік) (зі слів особи) _____
9. Інші види допомоги, в тому числі соціальні послуги, що надаються недержавними (благодійними, релігійними) організаціями (зі слів особи) _____
10. Номер пенсійного посвідчення (посвідчення особи, яка одержує державну соціальну допомогу) _____
11. Група інвалідності (за наявності) (вказати причину та групу інвалідності, дату встановлення) _____
12. Сімейний стан _____
13. Наявність родичів або осіб, зобов'язаних за законом утримувати особу (вказати ступінь родинних зв'язків, прізвища, імена, по батькові, дати народження, місця проживання / перебування, телефони) _____

14. Має на утриманні малолітніх, неповнолітніх дітей, дітей з інвалідністю, осіб похилого віку, осіб з інвалідністю (необхідне підкреслити, вказати прізвища, імена, по батькові, місця їхнього проживання) _____

15. Є постраждалим від стихійного лиха, катастрофи (вказати назву, дату та номер документа) _____

16. Умови проживання (необхідне підкреслити): квартира державна (ізольована, комунальна), кооперативна, приватизована, неприватизована, придбана, приватний будинок, орендоване житло, поверх _____, кількість кімнат _____, площа _____ (кв. метрів).

17. Наявність комунальних вигод (необхідне підкреслити): ванна, санвузол, центральне водопостачання, колодязь / колонка, опалення (центральне, пічне, індивідуальне газове), ліфт, без комунальних вигод.

18. Наявність присадибної ділянки: так, ні (необхідне підкреслити), за наявності – її площа _____ (гектарів).

19. Пільги з оплати житлово-комунальних послуг _____

20. Потребує (необхідне підкреслити):

забезпечення одягом, взуттям, іншими предметами першої необхідності; ліками, предметами медичного призначення, предметами побутової гігієни, продовольчими і промисловими товарами, гарячими обідами, іншим (вказати) _____;

надання швацьких, кравецьких, перукарських чи інших послуг (вказати) _____;

заготівлі та завезення палива, розпилювання дров, іншого (вказати) _____;

ремонту вікон, дверей, квартири (будинку), санвузла, даху, огорожі, побутової техніки, радіоапаратури, холодильника, взуття, іншого (вказати) _____;

грошової, натуральної допомоги;

транспортних послуг (вказати періодичність та пункти переміщення) _____

Висновок комісії (вказати послуги, які для особи передбачено відповідно до законодавства): _____.

З актом ознайомлений(на) _____ (прізвище, ім'я, по батькові особи) _____ (підпис)

Члени комісії:

_____	_____	_____
(посада)	(підпис)	(прізвище, ініціали)
_____	_____	_____
(посада)	(підпис)	(прізвище, ініціали)
_____	_____	_____
(посада)	(підпис)	(прізвище, ініціали)

Дата обстеження _____ 20__ року