



УРЯДОВИЙ КУР'ЄР

СУБОТА, 30 ГРУДНЯ 2023 РОКУ

ЦІНА ДОГОВІРНА

№262 (7660)

ЦИТАТА ДНЯ

ДМИТРО КУЛЕБА:



«Хотів би, щоб звуки вибухів в Україні було чути у всьому світі. У всіх великих столицях, штаб-квартирах і парламентах, де зараз обговорюють подальшу підтримку».

Міністр закордонних справ про те, що колективною відповіддю на учорашній ракетний терор РФ має бути потужна довгострокова військова та фінансова допомога

Понад 30 послуг у «Дії» та розвиток Defense tech

ЗДОБУТОК. Цього року команда Міністерства цифрової трансформації продовжила відкривати найзатребуваніші послуги в «Дії», розвивати військові технології та цифровізувати різні сфери життя українців.

«До 2024 року нам вдалося реалізувати 90% того, що ми планували у сфері трансформації послуг, покриття інтернетом, розвитку цифрових навичок та IT-сектору. 2023-го ми продовжили розвивати «Дію», створили Стратегію розвитку інновацій, відкрили кластер Brave1 та продовжили підтримувати військові технології для посилення фронту», — зазначив віцепрем'єр-міністр з питань інновацій, розвитку освіти, науки і технологій — міністр цифрової трансформації Михайло Федоров.

«Дія» перетворилася на головний інструмент комунікації між українцями та державою. За рік до застосунок приєднався мільйон користувачів. Загалом «Дією» користуються майже 20 мільйонів українців.

На порталі та в застосунку доступні понад 130 послуг, більш ніж 30 з яких запустили у 2023 році. Серед головних досягнень — робота програми «eВідновлення». Завдяки сервісу тисячі українців, житло яких пошкоджено через російську агресію, змогли отримати фінансову допомогу на ремонт домівки. А власники зруйнованого майна — можливість отримати компенсацію та придбати нове житло.

За цей рік започатковано цифрову реформу Держстату. Зокрема, розроблено новий портал зі статистичною інформацією та дашбордами. Команді Мінцифри разом із профільними міністерствами вдалося створити найкращі умови для виробників БПЛА. Продовжили розвивати військові технології та відкрили Defense tech кластер Brave1, який уже профінансував 137 розробок.

Серед пріоритетних напрямів роботи — телеком-галузь. Нині в Україні працюють майже 47 тисяч Старлінків, з них 25 тисяч отримали цього року.

Міністерство продовжило розвивати фіксований інтернет та мобільний зв'язок: за рік забезпечено понад 3 тисячі навчальних закладів Wi-Fi в укриттях, більш ніж 2,7 мільйона українців отримали інтернет, стійкий до знеструмлень, а понад 540 сіл уперше скористалися 4G-зв'язком, повідомляє Мінцифра.

ЦИФРА ДНЯ

480

млрд грн

становили у 2023 році обсяги закупівель, які були проведені через систему Prozorro. Порівняно з минулим роком показник зріс утричі

«Уряд генерує зміни, які роблять країну сильною»



Фото з Урядового порталу

ЗАСІДАННЯ КАБІНЕТУ МІНІСТРІВ. Прем'єр-міністр Денис Шмигаль наголосив на ухваленні п'яти рішень, важливих для оборони та економіки

Психологічна допомога ветеранам — безплатна

ПОСЛУГИ. Наступного року держава впроваджує безплатну психологічну допомогу для ветеранів та їхніх рідних, повідомила міністр у справах ветеранів Юлія Лапунтіна.

«У кожного захисника, який повертається із фронту, має бути змога піклуватися про своє ментальне здоров'я. Наше завдання нині — створити дієву систему надання психологічної допомоги, доступної для кожного ветерана, який її потребує. Саме тому з ініціативи Мінветеранів уряд схвалив постанову, якою вдосконалено надання психологічної допомоги для ветеранів

та членів їхніх родин у позаклінічних випадках», — поінформувала вона.

Міністр наголосила, що таку допомогу надають за трірівневою системою. Другий і третій рівень — за кошти Мінветеранів. І надання якісної психологічної допомоги має відбуватися насамперед у громадах, в які повертатимуться українські захисники і захисниці.

«Мінветеранів відшкодовуватиме вартість наданих послуг із психологічної допомоги спеціалізованим закладам будь-якої форми власності, зокрема фізичним особам-підприємцям, які надають такі послуги.

Це означає, що наступного року держава сплачуватиме за надання психологічної допомоги ветеранам та їхнім рідним, тобто безплатно для них», — наголосила Юлія Лапунтіна.

Мінветеранів нагадує: у країні запроваджено трірівневу систему психологічної допомоги ветеранам. Перший рівень — соціально-психологічна підтримка та супровід. Другий — психологічна допомога. Послуги можуть надавати в сімейній та груповій формах чи дистанційно. Третій рівень — комплексна медико-психологічна допомога.

Почалася передплата на 2024 рік. Передплату приймають усі відділення поштового зв'язку. Також її можна оформити на сайті АТ «Укрпошта»: www.ukrposhta

Газета для тих, хто приймає рішення

✓ ПЕРЕДПЛАТНА ЦІНА

✓ ОПЕРАТИВНО

друкуємо закони України, укази і розпорядження Президента, урядові рішення, адже більшість із цих документів набирають чинності саме з дня опублікування в «Урядовому кур'єрі»

ІНДЕКС 61035

На 1 місяць 120 грн
На 3 місяці 360 грн
На 6 місяців 720 грн
На рік 1440 грн

ІНДЕКС 40227

На 1 квартал 330 грн
На 6 місяців 660 грн
На рік 1220 грн

Вартість приймання передплати — 15 грн за один абонемент.



КУРСИ ВАЛЮТ/БАНКІВСЬКІ МЕТАЛИ

встановлені Національним банком України на 1 січня 2024 року

USD 38.0020

за 1 долар США

EUR 41.9960

за 1 євро

PLN 9.6796

за 1 злотий

AU 78487.43

за 1 австралійський долар

AG 902.82

за 1 аргентинський песо

PT 38229.63

за 1 португальський ескудо

PD 42645.84

за 1 панама-балбоа

ДОКУМЕНТИ

7. У додатках до Ліцензійних умов:
1) додатки 1—4 викласти в такій редакції:

«Додаток 1
до Ліцензійних умов
(в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2023 р. № 1393)
(найменування органу ліцензування)

ЗАЯВА
про отримання ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики

Здобувач ліцензії _____
(найменування юридичної особи/прізвище, власне ім'я,
по батькові (за наявності) фізичної особи — підприємця)
(місцезнаходження юридичної особи/інформація про задеклароване (зареєстроване) місце проживання (перебування) фізичної особи — підприємця)
(місце (місяця) провадження господарської діяльності з медичної практики)*
(для юридичних осіб — код згідно з ЄДРПОУ, для фізичних осіб — підприємців —
реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України,
ким і коли виданий (для осіб, які відмовилися через свої релігійні переконання від прийняття
реєстраційного номера облікової картки платника податків, повідомили про це відповідному контролюючому органу та мають відмітку в паспорті)
(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи)
адреса електронної пошти:
Прошу видати ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики.
_____ 20__ р.
(підпис здобувача ліцензії або його уповноваженої особи) _____ (власне ім'я та прізвище)
МП _____
(за наявності)
Дата і номер реєстрації заяви _____ 20__ р. № _____
_____ 20__ р. № _____
* Зазначаються всі місяці провадження господарської діяльності з медичної практики.

Додаток 2
до Ліцензійних умов
(в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2023 р. № 1393)
ВІДОМОСТІ
про стан матеріально-технічної бази, наявність персоналу із зазначенням його освітнього і кваліфікаційного рівня

(найменування юридичної особи/прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи — підприємця)
Організаційні вимоги
1. Інформація про спеціальності медичних працівників, за якими провадитиметься господарська діяльність з медичної практики:
лікарські: _____
молодших спеціалістів з медичною освітою: _____
фахівців з реабілітації: _____
2. Інформація про види медичної допомоги (первинна, екстрена, спеціалізована медична допомога, паліативна допомога, реабілітаційна допомога), за якими провадитиметься господарська діяльність з медичної практики, та методи, що застосовуватимуться
Поряд-ковий номер Адреса місця провадження господарської діяльності з медичної практики Вид медичної допомоги, реабілітаційна допомога Лікарські спеціальності, спеціальності молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівці з реабілітації Методи, що застосовуються у медичній, реабілітаційній практиці (так/ні) методи діагностики методи лікування хірургічні втручання методи знеболення
3. Вивіска на вході за адресами місць провадження господарської діяльності з медичної практики:
(найменування та вид закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу (відокремленого структурного підрозділу), найменування юридичної особи, для фізичної особи — підприємця
зазначаються медичні спеціальності, за якими провадиться господарська діяльність з медичної практики,
прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи — підприємця)
4. Інформація про установчі документи та структуру закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу*:
реквізити документа про утворення закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу:
(статут (положення) закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу, відокремленого структурного підрозділу (за наявності) із зазначенням дати та номера розпорядчого документа про утворення закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу, відокремленого структурного підрозділу (за наявності) структура закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу (у довільній формі)
5. Реквізити документа, що є підставою для користування приміщенням:
(вид, дата та номер документа, який надає право користування приміщенням)
6. Відомості про доступність місць провадження господарської діяльності з медичної практики для маломобільних груп населення**
Поряд-ковий номер Найменування установи або прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фахівця, який видав документ, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень, в яких суб'єкт господарювання провадитиме свою діяльність (зазначається найменування установи, код згідно з ЄДРПОУ, прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) осіб, які підписали цей документ) Адреса, на яку видано документ, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень, в яких суб'єкт господарювання провадитиме свою діяльність (область, місто, вулиця провулок, бульвар, проспект тощо, номер будинку, номер корпусу (за наявності) Дата та номер документа, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень, в яких суб'єкт господарювання провадитиме свою діяльність, для маломобільних груп населення
7. Перелік наявних приміщень закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу, кабінету (кабінетів) фізичної особи — підприємця та їх оснащення (не зазначаються матеріали, інструментарій, які не можна ідентифікувати)
Матеріально-технічна база за адресами провадження господарської діяльності з медичної практики
Поряд-ковий номер Найменування відокремленого структурного підрозділу та режим роботи Найменування приміщення (кабінету) із зазначенням лікарських спеціальностей, спеціальностей молодших спеціалістів з медичною освітою, фахівців з реабілітації, що провадять в ньому господарську діяльність з медичної практики, та його площа Перелік оснащення (медичні ви-роботи та ви-роботи медичного призначення) із зазначенням повного найменування виробника, моделі найменування кількість Технічний стан, рік випуску медичної техніки, виробів медичного призначення, апаратури, приладів, інструментарію
Загальна площа приміщень _____ кв. метрів.
8. Перелік засобів виміральної техніки, що перебувають в експлуатації та підлягають повірці
Порядковий номер Найменування засобів виміральної техніки Дата останньої повірки місяць рік Реквізити документа про повірку
Кадрові вимоги
9. Відомості про відповідність освітнім та кваліфікаційним вимогам лікарів (зокрема, керівника закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу) та професіоналів з вищою неметодичною освітою, які працюють в системі охорони здоров'я
Поряд-ковий номер Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) Найменування посади (зокрема посади, на яку буде зараховано) Основна робота або за сумісництвом Диплом (спеціальність, серія, номер, дата видачі, ким видано) Сертифікат спеціаліста (спеціальність, серія, номер, дата видачі, ким видано) Посвідчення про присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії (спеціальність, серія, номер, дата видачі, ким видано, категорія) (за наявності)
10. Відомості про відповідність освітнім та кваліфікаційним вимогам молодших спеціалістів з медичною (фармацевтичною) освітою, фахівців з реабілітації
Поряд-ковий номер Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) Найменування посади (зокрема посади, на яку буде зараховано) Основна робота або за сумісництвом Диплом (спеціальність, серія, номер, дата видачі, ким видано) Свідцтво про проходження підвищення кваліфікації (спеціальність, номер, дата видачі, ким видано) Посвідчення про присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії (спеціальність, серія, номер, дата видачі, ким видано, категорія) (за наявності)
11. Відомості про стаж роботи керівника закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу та фізичної особи — підприємця відповідно до запису в трудовій книжці за останні п'ять років або реквізити ліцензії (для фізичної особи — підприємця)
Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) Номер запису Дата Відомості про прийом на роботу, переведення на іншу роботу і звільнення з роботи із зазначенням причин і посиланням на статтю Кодексу законів про працю України Реквізити документа (назва, дата видачі та номер)
число місяць рік
Відсутність здійснення контролю за діяльністю _____ у значенні, наведеному _____ (найменування суб'єкта господарювання)
в статті 1 Закону України «Про захист економічної конкуренції», резидентами держав, що здійснюють збройну агресію проти України, у значенні, наведеному в статті 1 Закону України «Про оборону України», підтверджую.
Як суб'єкт господарювання ознаюмлений, що подання недостовірних даних, що зазначені в цих відомостях на _____ аркушах, є підставою для відмови у видачі ліцензії або її анулювання відповідно до статей 13 і 16 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності».
_____ 20__ р.
(підпис здобувача ліцензії, ліцензіата, спадкоємця або їх уповноваженої особи) _____ (власне ім'я та прізвище)

* Пункт 4 не заповнюється фізичною особою — підприємцем.
** У разі коли за однією адресою розташовані декілька корпусів, відомості про доступність місць провадження господарської діяльності з медичної практики для маломобільних груп населення зазначаються за кожним корпусом окремо.

Додаток 3
до Ліцензійних умов
(в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2023 р. № 1393)
ОПИС
документів, що додаються до заяви про отримання ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики

Від _____
(найменування юридичної особи/прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи — підприємця)
(для юридичних осіб — код згідно з ЄДРПОУ, для фізичних осіб — підприємців —
реєстраційний номер облікової картки платника податків або, серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України
ким і коли виданий (для осіб, які відмовилися через свої релігійні переконання від прийняття
реєстраційного номера облікової картки платника податків повідомили про це відповідний контролюючий орган та мають відмітку в паспорті)
Дата і номер реєстрації заяви: _____ 20__ р. № _____
Порядковий номер Найменування документа Кількість аркушів у документі
Прийняв _____
(кількість документів (цифрами і словами) _____ (підпис відповідальної особи) _____ (власне ім'я та прізвище)
_____ 20__ року
(підпис здобувача ліцензії або його уповноваженої особи) _____ (власне ім'я та прізвище)
_____ 20__ р.
Додаток 4
до Ліцензійних умов
(в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2023 р. № 1393)
(найменування органу ліцензування)
ЗАЯВА
про переоформлення ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики
Я, спадкоємець _____
(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи — підприємця)
(інформація про задеклароване (зареєстроване) місце проживання (перебування) фізичної особи — підприємця)
(місце (місяця) провадження господарської діяльності з медичної практики)
(реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України, ким і коли виданий (для осіб, які відмовилися через свої релігійні переконання від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків повідомили про це відповідному контролюючому органу та мають відмітку в паспорті)
прошу переоформити ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики _____ (дата та номер рішення про видачу ліцензії, яка переоформляється)
До заяви додаю:
Порядковий номер Найменування документа Кількість аркушів у документі
Ліцензійним умовам провадження господарської діяльності з медичної практики відповідаю і зобов'язуюся їх виконувати.
_____ 20__ р.
(підпис спадкоємця або його уповноваженої особи) _____ (власне ім'я та прізвище)
Дата і номер реєстрації заяви: _____ 20__ р. № _____
(підпис особи, яка прийняла заяву) _____ (власне ім'я та прізвище);
2) доповнити Ліцензійні умови додатками 5 і 6 такого змісту:
«Додаток 5
до Ліцензійних умов
(найменування органу ліцензування)
ЗАЯВА
про зупинення повністю дії ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики
Ліцензіат _____
(найменування юридичної особи/прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи — підприємця)
(місцезнаходження юридичної особи/інформація про задеклароване (зареєстроване) місце проживання (перебування) фізичної особи — підприємця)
(місце (місяця) провадження господарської діяльності з медичної практики) *
(для юридичних осіб — код згідно з ЄДРПОУ, для фізичних осіб — підприємців —
реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України,
ким і коли виданий (для осіб, які відмовилися через свої релігійні переконання від прийняття
реєстраційного номера облікової картки платника податків повідомили про це відповідний контролюючий орган та мають відмітку в паспорті)
(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи)
e-mail: _____
Прошу зупинити повністю дію ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики _____,
(зазначається дата та номер рішення про видачу ліцензії, яка зупиняється повністю)
строком до _____ 20__ р. у зв'язку з _____ (причина зупинення повністю дії ліцензії)
Я усвідомлюю, що відповідно до пункту 2 частини шостої статті 16 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності» зупинення повністю дії ліцензії становить не більше ніж шість місяців з дня набрання чинності рішенням органу ліцензування про зупинення повністю дії ліцензії.
Про відновлення повністю дії ліцензії зобов'язуюсь повідомити органу ліцензування у спосіб, передбачений частиною першою статті 10 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності».
_____ 20__ р.
(підпис ліцензіата або його уповноваженої особи) _____ (власне ім'я та прізвище)
МП _____
(за наявності)
Дата і номер реєстрації заяви: _____ 20__ р. № _____
(підпис особи, яка прийняла заяву) _____ (власне ім'я та прізвище)
* Зазначаються всі місяці провадження господарської діяльності з медичної практики.;
Додаток 6
до Ліцензійних умов
(найменування органу ліцензування)
ЗАЯВА
про відновлення повністю дії ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики
Ліцензіат _____
(найменування юридичної особи/прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи — підприємця)
(місцезнаходження юридичної особи/інформація про задеклароване (зареєстроване) місце проживання (перебування) фізичної особи — підприємця)
(місце (місяця) провадження господарської діяльності з медичної практики) *
(для юридичних осіб — код згідно з ЄДРПОУ, для фізичних осіб — підприємців —
реєстраційний номер облікової картки платника податків, серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України,
ким і коли виданий (для осіб, які відмовилися через свої релігійні переконання від прийняття
реєстраційного номера облікової картки платника податків повідомили про це відповідному контролюючому органу та мають відмітку в паспорті)
(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи)
Адреса електронної пошти: _____
Прошу відновити повністю дію ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики _____,
(зазначається дата та номер рішення про видачу ліцензії, яка відновлюється повністю)
з _____ 20__ р., у зв'язку з _____ (підстава відновлення повністю дії ліцензії)
Відомості про усунення підстав, що стали причиною для зупинення повністю дії ліцензії:
1. _____ додається на _____ арк.;
2. _____ додається на _____ арк.
(найменування документа, дата його видачі та його номер)
_____ 20__ р.
(підпис ліцензіата або іншої уповноваженої особи) _____ (власне ім'я та прізвище)
МП _____
(за наявності)
Дата і номер реєстрації заяви: _____ 20__ р. № _____
(підпис особи, яка прийняла заяву) _____ (власне ім'я та прізвище)
* Зазначаються всі місяці провадження господарської діяльності з медичної практики.».

ДОКУМЕНТИ

Додаток 2 до Порядку (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 29 грудня 2023 р. № 1413)	
ЗАЯВА особи, що розмістила внутрішньо переміщених осіб, про отримання компенсації витрат	
_____ (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності))	
стать _____; (чоловіча/жіноча)	паспорт громадянина України _____; (серія (за наявності), номер, дата видачі)
унікальний номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі _____; (за наявності)	
місце проживання (перебування): _____; (область, район, населений пункт, вулиця, номер будинку, квартири)	
який (яка) є власником житлового приміщення або його представником, наймачем (орендарем) житла державної або комунальної власності, спадкоємцем приватного житлового фонду, в якому тимчасово проживають внутрішньо переміщені особи, за адресою: _____; (адреса місцезнаходження об'єкта нерухомого майна (область, район, населений пункт, вулиця, номер будинку, квартири))	
за _____ 20 ____ року (місяць)	
Суму компенсації прошу визначити виходячи з проживання у житловому приміщенні таких фізичних осіб:	

Порядковий номер	Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) внутрішньо переміщеної особи	Стать (чоловіча/жіноча)	Серія (за наявності), номер паспорта громадянина України, свідоцтва про народження та унікальний номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі (за наявності)	Дата народження (день, місяць, рік)	Регістраційний номер облікової картки платника податків *	Зареєстроване/задеклароване місце проживання (перебування) внутрішньо переміщеної особи	Дата і номер довідки про взяття на облік внутрішньо переміщеної особи	Контактний номер телефону внутрішньо переміщеної особи	Кількість людин, днів у відповідному місяці
Номер банківського рахунка для перерахування суми компенсації (за стандартом IBAN)									
_____ (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)) _____ 20 ____ р. (підпис) (контактний номер телефону)									
Своїм підписом підтверджую: факт відсутності заборгованості за житлово-комунальні послуги, безоплатного проживання за зазначеною адресою внутрішньо переміщених осіб та правильність поданої ними інформації; факт відсутності родинних зв'язків з внутрішньо переміщеними особами (внутрішньо переміщені особи не є моїми: чоловіком/дружиною, батьком/матір'ю, донькою/сином, онуками (зокрема повнолітні особи)).									
* Крім фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку в паспорті.									

«Додаток 5
до Порядку
(в редакції постанови Кабінету Міністрів України
від 29 грудня 2023 р. № 1413)

ПЕРЕЛІК
осіб, що розмістили внутрішньо переміщених осіб та подали заяву про отримання компенсації витрат

(найменування виконавчого органу сільської, селищної, міської, районної в місті (у разі її створення) ради)
за _____ 20__ року
(місяць)

Порядковий номер	Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) особи, що розмістила внутрішньо переміщених осіб	Адреса об'єкта нерухомого майна, в якому розміщено внутрішню переміщену особу (область, район, населений пункт, вулиця, будинок, квартира)	Реєстраційний номер облікової картки платника податків*	Серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України і унікальний номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі (за наявності)	Номер банківського рахунка для перерахування суми компенсації (за стандартом IBAN)	Інформація про внутрішню переміщену особу:							Кількість людино-днів, протягом яких здійснювалося розміщення	Обсяг витрат, що підлягає компенсації
						Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)	Стать (чоловіча/жіноча)	Серія (за наявності), номер паспорта громадянина України, свідоцтва про народження та унікальний номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі (за наявності)	Дата народження (день, місяць, рік)	Реєстраційний номер облікової картки платника податків *	Зареєстроване/заявлене місце проживання (перебування) внутрішню переміщеної особи	Дата і номер довідки внутрішню переміщеної особи та пенсійного посвідчення, посвідчення особи з інвалідністю (за наявності)		
1														
2														
3														
Усього														
		(найменування посади)						(підпис)				(ініціали (ініціал власного імені) та прізвище)		

* Крім фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку в паспорті.

УЗАГАЛЬНЕНА ІНФОРМАЦІЯ
про компенсацію особам, що розмістили внутрішньо переміщених осіб

Додаток 6
до Порядку
(в редакції постанови Кабінету Міністрів України
від 29 грудня 2023 р. № 1413)

(найменування військової адміністрації)															
за _____ 20__ року (місяць)															
Найменування виконавчого органу сільської, селищної міської, районної в місті (у разі її створення) ради, місцевої держадміністрації, відповідної військової адміністрації, код згідно з ЄДРПОУ	Порядковий номер	Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) особи, що розмістила внутрішньо переміщених осіб	Стать особи, що розмістила внутрішньо переміщених осіб (чоловіча/жіноча)	Адреса об'єкта нерухомого майна, в якому розміщено внутрішньо переміщену особу (область, район, населений пункт, вулиця, будинок, квартира)	Реєстраційний номер облікової картки платника податків* або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України і унікальний номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі (за наявності)	Номер банківського рахунка для перерахування суми компенсації (за стандартом IBAN)	Інформація про внутрішньо переміщену особу:							Кількість людей, протягом яких здійснювалося розміщення	Обсяг витрат, що підлягає компенсації
							Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)	Стать (чоловіча/жіноча)	Серія (за наявності), номер паспорта громадянина України, свідоцтва про народження та унікальний номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі (за наявності)	Дата народження (день, місяць, рік)	Реєстраційний номер облікової картки платника податків *	Зареєстроване/ задеклароване місце проживання (пребутування) внутрішньо переміщеної особи	Дата і номер довідки внутрішньо переміщеної особи та пенсійного та посвідчення, посвідчення особи з інвалідністю (за наявності)		
	1														
	2														
	...														
Усього															
		(найменування посади)				(підпис)								(ініціали (ініціал власного імені) та прізвище)	

* Крім фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку в паспорті...».

2. Пункт 4 Положення про функціонування інформаційно-аналітичної системи обліку даних, пов'язаних з компенсацією витрат за тимчасове розміщення (перебування) внутрішньо переміщених осіб, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 30 серпня 2022 р. № 977, викласти в такій редакції:

«4. Власником інформаційно-аналітичної системи є держава в особі Мінреінтеграції. Мінреінтеграції може надати право розпоряджатися інформаційно-аналітичною системою іншої фізичній або юридичній особі — розпоряднику інформаційно-аналітичної системи на підставі укладеного договору або за дорученням Мінреінтеграції. Розпорядник інформаційно-аналітичної системи забезпечує її функціонування. Технічний адміністратор інформаційно-аналітичної системи визначається власником інформаційно-аналітичної системи.».

риторий, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого Міністерством з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій, посадові оклади працівників державних органів, які безпосередньо здійснюють свої повноваження в особливих умовах під час інтенсивних обстрілів, визначаються з урахуванням коефіцієнта 3 у розрахунку на місяць пропорційно робочим дням, коли відбувалися обстріли»;

У зв'язку з цим абзац третій вважати абзацом четвертим;

2) підпункт 3 після абзацу першого доповнити новими абзацами такого змісту:

«перелік працівників державних органів, яким встановлюються посадові оклади з урахуванням коефіцієнта 3, погоджується з відповідною обласною військовою адміністрацією за поданням керівника відповідного державного органу (керівника державної служби, суб'єкта призначення);

перелік працівників територіальних органів, яким встановлюються посадові оклади з урахуванням коефіцієнта 3, погоджується з відповідною обласною військовою адміністрацією за поданням керівника територіального органу.»;

У зв'язку з цим абзац другий вважати абзацом четвертим;

3) підпункт 4 доповнити абзацом такого змісту:

«у разі підвищення працівникам державних органів, які безпосередньо здійснюють свої повноваження в особливих умовах на територіях активних бойових дій, територіях активних бойових дій, на яких функціонують державні електронні інформаційні ресурси, включених до переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого Міністерством з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій, посадові оклади відповідно до абзацу третього підпункту 1 цього пункту, за такі дні коефіцієнт 2 не встановлюється.».

2. У постанові Кабінету Міністрів України від 25 серпня 2023 р. № 928:

1) пункт 1 доповнити підпунктом 3 такого змісту:

«3) працівникам, визначеним у підпунктах 1 і 2 цього пункту, розмір надбавки може бути збільшений до 200 відсотків посадового окладу за виконання роботи під час інтенсивних обстрілів на територіях активних бойових дій, територіях активних бойових дій, на яких функціонують державні електронні інформаційні ресурси, включених до переліку територій, у розрахунку на місяць пропорційно робочим дням, коли відбувалися обстріли.»;

2) пункт 2 після абзацу другого доповнити новим абзацом такого змісту:

«перелік працівників, яким виплачується надбавка, передбачена підпунктом 3 пункту 1 цієї постанови, погоджується з відповідною обласною військовою адміністрацією за поданням керівника відповідної установи, закладу та організації.».

У зв'язку з цим абзац третій вважати абзацом четвертим.

КАБІНЕТ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ

ПОСТАНОВА

від 29 грудня 2023 р. № 1408

Київ

Про внесення змін до Порядку та умов надання субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на створення навчально-практичних центрів сучасної професійної (професійно-технічної) освіти

Кабінет Міністрів України **ПОСТАНОВЛЯЄ:**

Внести до Порядку та умов надання субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на створення навчально-практичних центрів сучасної професійної (професійно-технічної) освіти, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 925 (Офіційний вісник України, 2016 р., № 100, ст. 3252; 2020 р., № 18, ст. 693; 2021 р., № 29, ст. 1634), зміни, що додаються.

Прем'єр-міністр України Д. ШМИГАЛЬ

ЗАТВЕРДЖЕНО

постановою Кабінету Міністрів України
від 29 грудня 2023 р. № 1408

ЗМІНИ,

що вносяться до Порядку та умов надання субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на створення навчально-практичних центрів сучасної професійної (професійно-технічної) освіти

1. Абзац перший пункту 3 викласти в такій редакції:

«3. Субвенція спрямовується на придбання основних засобів довгострокового користування (сільськогосподарської, іншої техніки), матеріалів, обладнання та устат-

