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

**ІНФОРМАЦІЙНА КАРТКА**

**адміністративної послуги прийняття рішення (згоди) про проведення психіатричного огляду або надання**

**психіатричної допомоги особі віком до 14 років у разі незгоди одного з батьків**

**або за відсутності батьків**

(назва адміністративної послуги)

# Центр надання адміністративних послуг Рогатинської міської ради

(найменування суб’єкта надання адміністративної послуги)

**Ідентифікатор 01265**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Інформація про суб’єкт надання адміністративної послуги** | | | |
| 1 | Місцезнаходження | | м.Рогатин вул. Галицька, 40 |
| 2 | Інформація щодо режиму роботи ( час прийому суб’єктів звернень) | | Понеділок з 08.30 до 16.00  Вівторок з 08.30 до 16.00  Середа з 08.30 до 20.00  Четвер з 08.30 до 16.00  П’ятниця з 08.30 до 15.30  Субота з 09.00 до 15.00  Неділя – вихідний  Без перерви на обід.  Середа: прийом з 16:00-20:00 годин за попереднім записом по телефону 0971755620  Субота: прийом з 09:00-15:00 годин за попереднім записом по телефону 0971755620 |
| 3 | Телефон/факс (довідки), адреса електронної пошти та веб-сайт | | тел.:0971755620  mr\_cnap@ukr.net |
| **Нормативні акти, якими регламентується надання адміністративної послуги** | | | |
| 4 | | Закони України | Закон України "Про психіатричну допомогу" стаття 11-13 |
| 5 | | Акти Кабінету Міністрів України |  |
| **Умови отримання адміністративної послуги** | | | |
| 6 | | Підстава для отримання адміністративної послуги | У разі якщо один із батьків відмовляється від надання згоди на проведення психіатричного огляду чи надання психіатричної допомоги малолітній особі, або якщо у малолітньої особи відсутні батьки. |
| 7 | | Перелік документів, необхідних для отримання адміністративної послуги | Заява опікуна/законного представника малолітньої особи  Засвідчена копія паспорта громадянина України (опікуна/законного представника малолітньої дитини)  Довідка про стан здоров'я малолітньої особи, видана лікарсько-консультативною комісією, термін якої не перевищує один місяць з дати видачі, або висновок лікуючого лікаря, або направлення на госпіталізацію  Засвідчена копія довідки медико-соціальної експертної комісії (за наявності)  Засвідчена копія посвідчення про надання статусу особи з інвалідністю (за наявності)  Засвідчена копія рішення про призначення опікуна малолітньої особи (за наявності)  Засвідчена копія свідоцтва про народження малолітньої особи, якій необхідна госпіталізація до закладу з надання психіатричної допомоги |
| 8 | | Спосіб подання документів, необхідних для отримання адміністративної послуги | Заявник для одержання адміністративної послуги звертається до адміністратора центру надання адміністративних послуг, чи уповноваженої особи особисто. |
| 9 | | Платність (безоплатність) надання адміністративної послуги | Адміністративна послуга безоплатна. |
| 10 | | Строк надання адміністративної послуги | Один день |
| 11 | | Перелік підстав для відмови у державній реєстрації | Особі може бути тимчасово відмовлено у разі, якщо не надано всіх необхідних документів для отримання довідки |
| 12 | | Результат надання адміністративної послуги | Відмова у наданні дозволу на проведення психіатричного огляду або надання психіатричної допомоги особі віком до 14 років  Рішення (дозвіл) про проведення психіатричного огляду або надання психіатричної допомоги особі віком до 14 років |
| 13 | | Способи отримання відповіді (результату) | Особисто, за пред’явленням документа, що посвідчує особу, або уповноваженою особою, за пред’явленням документів, що посвідчують особу та повноваження |