



# ხონის მუნიციპალიტეტის 2022 წლის პროგრამები

(2022 წლის 1 ივნისის მდგომარეობით)

წინამდებარე გზამკვლევაში ასახულია მუნიციპალური პროგრამები, რომელთა შესახებ ინფორმაცია მნიშვნელოვანია როგორც მუნიციპალიტეტის მაცხოვრებლებისთვის, ისე სამშობლოში დაბრუნებული მიგრანტებისა და ქართული დიასპორის წარმომადგენლებისთვის

## პროგრამების სარჩევი

<b>1. საცხოვრისით უზრუნველყოფა</b> .....	<b>4</b>
1.1. ოჯახში ძალადობის მსხვერპლის სტატუსის მქონე პირის ბინის ქირით უზრუნველყოფის პროგრამა .....	4
<b>2. ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამები</b> .....	<b>4</b>
2.1. ერთჯერადი სამედიცინო მომსახურების ხარჯების დაფინანსების/ თანადაფინანსების პროგრამა .....	4
2.2. ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებული პირების სამედიცინო მომსახურების დაფინანსება/ თანადაფინანსების პროგრამა .....	6
2.3. “დიალიზისა და თირკმლის ტრანსპლანტაციის” სახელმწიფო პროგრამას დაქვემდებარებულ ბენეფიციარებზე (ტრანსპორტირებისათვის) ყოველთვიური ფულადი დახმარების პროგრამა .....	7
2.4. 0-დან 18-წლამდე ასაკის დიაბეტით დაავადებული ბავშვების ყოველთვიური ფულადი დახმარების პროგრამა .....	7
2.5. 0-დან 18-წლამდე ასაკის ეპილეფსიით დაავადებული ბავშვების ყოველთვიური ფულადი დახმარების პროგრამა .....	8
2.6. 15 წლამდე ასაკის ცერებრალური დამბლით დაავადებული შშმ პირების ერთჯერადი სეზონური საკურორტო-სარეაბილიტაციო მომსახურების თანადაფინანსება .....	9
2.7. 0-დან 15 წლამდე აუტიზმის სპექტრის მქონე ბავშვების რეაბილიტაციის დაფინანსება/ თანადაფინანსების პროგრამა .....	10
2.8. 18 წლამდე ასაკის შშმ სტატუსის ბავშვებზე სასმენი აპარატის ნაწილების შეძენის დაფინანსების/თანადაფინანსების პროგრამა .....	10
2.9. მხედველობით მკვეთრად გამოხატული შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების ყოველთვიური ფულადი დახმარება .....	11
<b>3. სოციალური დაცვის პროგრამები</b> .....	<b>12</b>
3.1. სოციალურად შეჭირვებული ოჯახების ფულადი დახმარება .....	12
3.2. შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მქონე, 18 წლამდე ასაკის ბავშვების მეურვეზე/ მზრუნველზე/მხარდამჭერზე ერთჯერადი ფულადი დახმარების პროგრამა .....	12
3.3. 18 წლის ასაკის ზემოთ მკვეთრად და მნიშვნელოვნად გამოხატული გონებრივი განვითარების ჩამორჩენილობის მქონე, ცერებრალური დამბლით, დაუნის სინდრომით დაავადებული პირებზე ფულადი დახმარების პროგრამა .....	13
3.4. 100 და მეტი წლის ასაკს მიღწეული პირების ფულადი დახმარების პროგრამა .....	13
3.5. საქართველოს ტერიტორიული მთლიანობის, თავისუფლებისა და დამოუკიდებლობისათვის საბრძოლო მოქმედების შედეგად დაინვალიდებული ვეტერანების ფულადი დახმარების პროგრამა .....	14

3.6.	საქართველოს ტერიტორიული მთლიანობის, თავისუფლებისა და დამოუკიდებლობისათვის საბრძოლო მოქმედებებში მონაწილე ვეტერანების ფულადი დახმარების პროგრამა .....	14
3.7.	მეორე მსოფლიო ომის ვეტერანების და მასთან გათანაბრებული პირების ფულადი დახმარების პროგრამა.....	15
3.8.	სხვა სახელმწიფოთა ტერიტორიაზე (უნგრეთი და ავღანეთი) საბრძოლო მოქმედებებში მონაწილე ვეტერანების ფულადი დახმარების პროგრამა .....	15
3.9.	საქართველოს ტერიტორიული მთლიანობის, თავისუფლებისა და დამოუკიდებლობისათვის საბრძოლო მოქმედებების დროს დაღუპული პირების ოჯახების ფულადი დახმარების პროგრამა .....	16
3.10.	გარდაცვლილი ვეტერანების და იძულებით გადაადგილებული პირების სარიტუალო მომსახურების პროგრამა .....	16
3.11.	ქალაქ ხონში სამხედრო დასახლებაში დროებით, კომპაქტურად ჩასახლებულ დევნილთა წყალმომარაგების და კანალიზაციის ხარჯების ყოველთვიური თანადაფინანსების პროგრამა .....	17
3.12.	ომის ვეტერანთა, მასთან გათანაბრებულ პირთა, მარჩენალდაკარგულთა, რეპრესირებულთა და ჩერნობილის ატომური ელექტროსადგურის აფეთქების შედეგების სალიკვიდაციო სამუშაოების მონაწილეთა ოჯახებზე საკანალიზაციო, წყალმომარაგების სააბონენტო ხარჯების თანადაფინანსების პროგრამა.....	17
3.13.	ხონის მუნიციპალიტეტში არსებული შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე 18 წლამდე ასაკის ბავშვთა „დღის ცენტრების“ დაფინანსების პროგრამა .....	19
3.14.	ქ. ხონის ტერიტორიაზე მცხოვრები ოჯახების, რომელთაც მინიჭებული აქვს სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს გადამოწმების შედეგად 65001-ზე ნაკლები სარეიტინგო ქულა, წყალმომარაგების და კანალიზაციის ხარჯების ყოველთვიური თანადაფინანსების პროგრამა .....	19
<b>4.</b>	<b>დემოგრაფიული პროგრამები .....</b>	<b>20</b>
4.1.	მრავალშვილიანი ოჯახების ფულადი დახმარების პროგრამა .....	20
4.2.	მარტოხელა მშობლის ერთჯერადი ფულადი დახმარების პროგრამა .....	20
4.3.	მშობელთა მზრუნველობამოკლებულ 18 წლამდე ასაკის ბავშვების მეურვეზე /მზრუნველზე ფულადი დახმარების პროგრამა .....	21
4.4.	სახელმწიფო მზრუნველობიდან ბიოლოგიურ ოჯახში რეინტეგრირებული ბავშვების ოჯახების ერთჯერადი ფულადი დახმარების პროგრამა .....	21
<b>5.</b>	<b>ხონის მუნიციპალიტეტის მერიის საკონტაქტო ინფორმაცია .....</b>	<b>22</b>

## 1. საცხოვრისით უზრუნველყოფა

### 1.1. ოჯახში ძალადობის მსხვერპლის სტატუსის მქონე პირის ბინის ქირით უზრუნველყოფის პროგრამა

#### სამიზნე ჯგუფი:

- ხონის მუნიციპალიტეტში რეგისტრირებული ოჯახში ძალადობის მსხვერპლის (შემაკავებელი ან დამცავი ორდერის არსებობის შემთხვევაში) სტატუსის მქონე პირები

#### დახმარების ოდენობა:

- ბინის ქირით უზრუნველყოფა მაქსიმუმ 6 თვით, თვეში არაუმეტეს 120 (ას ოცი) ლარისა.

#### ხონის მუნიციპალიტეტის მერიაში წარსადგენი დოკუმენტები:

- ✓ განცხადება ხონის მუნიციპალიტეტის მერის სახელზე;
- ✓ ოჯახში ძალადობის მსხვერპლის შემაკავებელი ან დამცავი ორდერი;
- ✓ ბენეფიციარის პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის ასლი;
- ✓ შუამდგომლობა, შესაბამის ადმინისტრაციულ ერთეულში მერის წარმომადგენლის პირის უსახლკაროდ დარჩენის შესახებ;
- ✓ უმრავი ქონების (ბინა) ქირავნობის ხელშეკრულება საანოტარო წესით დამოწმებული.

#### თანხის ჩარიხვა მოხდება უნაღდო ანგარიშსწორების ფორმით წარმოდგენილ საბანკო ანგარიშზე.

## 2. ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამები

### 2.1. ერთჯერადი სამედიცინო მომსახურების ხარჯების დაფინანსების/ თანადაფინანსების პროგრამა

პროგრამის ფარგლებში გათვალისწინებულია ხონის მუნიციპალიტეტში რეგისტრირებული პირების (შემდგომში – ბენეფიციარები) ერთჯერადი სამედიცინო მომსახურების დაფინანსება/თანადაფინანსება ყველა სახის სამედიცინო მომსახურებაზე, მათ შორის, სამედიცინო მომსახურების გაწევაზე ვალის აღიარების შესახებ ხელშეკრულების გაფორმებიდან 30 კალენდარული დღის განმავლობაში (გარდა მასაჟისა, პლასტიკურ-ესთეტიკური ქირურგიის, სამკურნალო-კურორტული დასტომატოლოგიური მომსახურება, ლოგოპედის მომსახურება, მშობიარობა, საკეისრო კვეთა).

#### დაფინანსების/თანადაფინანსების წესი მოქმედებს შემდეგნაირად:

- პირს, რომელსაც მინიჭებული აქვს სსიპ – სოციალური მომსახურების სააგენტოს გადამოწმების შედეგად სარეიტინგო ქულა 1-დან-30001-მდე, სამედიცინო მომსახურების დაფინანსება/თანადაფინანსება, კალენდარული წლის განმავლობაში - *ერთჯერადი დახმარება 800 (რვაასი) ლარის ოდენობით;*
- პირს, რომელსაც მინიჭებული აქვს სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს გადამოწმების შედეგად სარეიტინგო ქულა 30001-დან 65001-მდე, სამედიცინო მომსახურების დაფინანსება/თანადაფინანსება, კალენდარული წლის განმავლობაში - *ერთჯერადი დახმარება 600 (ექვსასი) ლარის ოდენობით;*
- პირს, რომელსაც მინიჭებული აქვს სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს გადამოწმების შედეგად სარეიტინგო ქულა 65001-დან 100001-მდე, სამედიცინო მომსახურების დაფინანსება/თანადაფინანსება, კალენდარული წლის განმავლობაში - *ერთჯერადი დახმარება 400 (ოთხასი) ლარის ოდენობით;*
- პირს, რომელსაც მინიჭებული აქვს სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს გადამოწმების შედეგად 100001-იდან 150001-მდე სარეიტინგო ქულა სამედიცინო მომსახურების დაფინანსება/თანადაფინანსება, კალენდარული წლის განმავლობაში - *ერთჯერადი დახმარება 200 (ორასი) ლარის ოდენობით;*
- პირს რომელსაც მინიჭებული აქვს სსიპ – სოციალური მომსახურების სააგენტოს გადამოწმების შედეგად 150001-დან ზევით და ასევე ის ბენეფიციარები, რომლებიც არ არიან რეგისტრირებული სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს ერთიან ბაზაში, სამედიცინო მომსახურების დაფინანსება/თანადაფინანსება - *ერთჯერადი დახმარება 150 (ას ორმოცდაათი) ლარის ოდენობით.*

ხონის მუნიციპალიტეტის მერიაში წარსადგენი დოკუმენტები:

- ✓ განცხადება ხონის მუნიციპალიტეტის მერის სახელზე;
- ✓ ბენეფიციარის პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის ასლი;
- ✓ ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობა ფორმა NIV-100/ა;
- ✓ ანგარიშ-ფაქტურა (ინვოისი), შესაბამისი სამედიცინო დაწესებულებიდან, სადაც ბენეფიციარი იღებს სამედიცინო მომსახურებას;
- ✓ ამონაწერი სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს, ხონის რაიონული განყოფილებიდან სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიანი ბაზიდან, მოკვლეული ხონის მუნიციპალიტეტის ტერიტორიაზე;
- ✓ პირი, რომელსაც სსიპ –სოციალური მომსახურების სააგენტოს შედეგად მინიჭებული აქვს სარეიტინგო ქულა 150001-ის ზევით ან არ არიან რეგისტრირებული სოციალური სააგენტოს მონაცემთა ერთიან ბაზაში, არსაჭიროებს ამონაწერის/ცნობის წარმოდგენას;
- ✓ მიმართვა სსიპ – სოციალური მომსახურების სააგენტოს საყოველთაო ჯანდაცვის მართვის დეპარტამენტიდან, ბენეფიციარისათვის მოსახლეობის საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ფარგლებში გაწეული დაფინანსება/თანადაფინანსების შესახებ (არსებობის შემთხვევაში);

- ✓ არასრულწლოვანი ბენეფიციარის სამედიცინო მომსახურების შემთხვევაში მისი დაბადების მოწმობის ასლი და მშობლის პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი;
- ✓ ხელშეკრულება ვალის აღიარების შესახებ (არსებობის შემთხვევაში).

ბენეფიციარი სამედიცინო დაფინანსების/თანადაფინანსებისათვის იღებს საგარანტიო წერილს, რომელსაც გასცემს ხონის მუნიციპალიტეტის მერი, შესაბამის სამკურნალო დაწესებულებაში წარსადგენად.

სამედიცინო მომსახურების თანხის ჩარიცხვა მოხდება შესაბამისი დაწესებულებიდან შესრულებული სამუშაოს დამადასტურებელი დოკუმენტაციის წარმოდგენის შემდეგ, ხონის მუნიციპალიტეტის მერის ბრძანების საფუძველზე.

## 2.2. ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებული პირების სამედიცინო მომსახურების დაფინანსება/ თანადაფინანსების პროგრამა

სამიზნე ჯგუფი:

- ხონის მუნიციპალიტეტში რეგისტრირებული ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებული პირები.

დახმარების ოდენობა:

- ჯანმრთელობის მდგომარეობის აუცილებლობიდან გამომდინარე, ონკოლოგიური მიმართულებით ყველა სახის სამედიცინო მომსახურების და მედიკამენტოზური მკურნალობის დაფინანსება/თანადაფინანსება კალენდარული წლის განმავლობაში განისაზღვროს 1200 (ათას ორასი) ლარის ოდენობით. მათ შორის, სამედიცინო მომსახურების გაწევაზე ვალის აღიარების შესახებ (ხელშეკრულების გაფორმებიდან 30 კალენდარული დღის განმავლობაში).

ხონის მუნიციპალიტეტის მერიაში წარსადგენი დოკუმენტები:

- ✓ განცხადება ხონის მუნიციპალიტეტის მერის სახელზე;
- ✓ ბენეფიციარის პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის ასლი;
- ✓ ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობა ფორმა NIV-100/ა;
- ✓ ანგარიშგაქტურა/ინვოისი ან კალკულაცია სამედიცინო/სააფთიაქო დაწესებულებიდან, სადაც მოქალაქე იღებს შესაბამის მომსახურებას;
- ✓ მიმართვა სსიპ – სოციალური მომსახურების სააგენტოს საყოველთაო ჯანდაცვის მართვის დეპარტამენტის – ბენეფიციარისათვის მოსახლეობის საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ფარგლებში გაწეული თანადაფინანსების შესახებ (არსებობის შემთხვევაში)
- ✓ ხელშეკრულება ვალის აღიარების შესახებ (არსებობის შემთხვევაში).

ბენეფიციარი სამედიცინო/მედიკამენტოზური დაფინანსების/თანადაფინანსების შემთხვევაში იღებს საგარანტიო წერილს, რომელსაც გასცემს ხონის მუნიციპალიტეტის მერი.



თანხის ჩარიცხვა მოხდება სამედიცინო დაწესებულებიდან შესრულებული სამუშაოს დამადასტურებელი დოკუმენტაციის წარმოდგენის შემდეგ, ხონის მუნიციპალიტეტის მერის ბრძანების საფუძველზე.

სააფთიაქო დაწესებულებაში ანგარიშსწორება მოხდება წარმოდგენილი დოკუმენტაციის მიხედვით, ხონის მუნიციპალიტეტის მერის ბრძანების საფუძველზე.

### 2.3. „დიალიზისა და თირკმლის ტრანსპლანტაციის“ სახელმწიფო პროგრამას დაქვემდებარებულ ბენეფიციარებზე (ტრანსპორტირებისათვის) ყოველთვიური ფულადი დახმარების პროგრამა

სამიზნე ჯგუფი:

- ხონის მუნიციპალიტეტში რეგისტრირებულ „დიალიზი და თირკმლის ტრანსპლანტაციის“ სახელმწიფო პროგრამას დაქვემდებარებული ბენეფიციარები

დახმარების ოდენობა:

- ტრანსპორტირებისათვის ყოველთვიური ფულადი დახმარება - თვეში 200 (ორასი) ლარის ოდენობით.

ხონის მუნიციპალიტეტის მერიაში წარსადგენი დოკუმენტები:

- ✓ განცხადება ხონის მუნიციპალიტეტის მერის სახელზე;
- ✓ პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის ასლი;
- ✓ ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობა – ფორმა NIV-100/ა;
- ✓ ბანკის ანგარიშის ნომერი.

ბენეფიციარი ვალდებულია ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობა – ფორმა NIV100/ა განაახლოს წელიწადში ერთხელ წინააღმდეგ შემთხვევაში შეუჩერდება პროგრამით სარგებლობა, განახლებული ფორმა NIV-100/ა-ის წარმოდგენამდე.

### 2.4. 0-დან 18-წლამდე ასაკის დიაბეტით დაავადებული ბავშვების ყოველთვიური ფულადი დახმარების პროგრამა.

სამიზნე ჯგუფი:

- ხონის მუნიციპალიტეტში რეგისტრირებული (2 წლამდე ასაკის ბავშვის შემთხვევაში - დაბადებიდან რეგისტრირებული, 2 დან 18 წლამდე ასაკის ბავშვის შემთხვევაში - დახმარების მოთხოვნამდე არანაკლებ ბოლო 2 წლის განმავლობაში უწყვეტად რეგისტრირებული და ასევე ბავშვის მეურვე/მზრუნველი/მხარდამჭერი არანაკლებ ბოლო 2 წლის განმავლობაში უწყვეტად რეგისტრირებული) 0-დან 18-წლამდე ასაკის

დიაბეტით დაავადებული ბავშვები (პირველი ტიპის დიაბეტი-ინსულინზე დამოკიდებული)

დახმარების ოდენობა:

- ყოველთვიური ფულადი დახმარება განისაზღვროს 250 (ორას ორმოცდა ათი) ლარის ოდენობით.

ხონის მუნიციპალიტეტის მერიაში წარსადგენი დოკუმენტები:

- ✓ განცხადება ხონის მუნიციპალიტეტის მერის სახელზე;
- ✓ ცნობა სსიპ – სოციალური მომსახურების სააგენტოდან- შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის შესახებ;
- ✓ შშმ პირის მეურვის/მზრუნველის/მხარდამჭერის პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის ასლი და საინფორმაციო ბარათი სსიპ – სახელმწიფო სერვისების განვითარების სააგენტოდან;
- ✓ ბავშვის დაბადების მოწმობის ან პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის ასლი და საინფორმაციო ბარათი სსიპ – სახელმწიფო სერვისების განვითარების სააგენტოდან;
- ✓ ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობა ფორმა NIV-100/ა;
- ✓ ბანკის ანგარიშის ნომერი.

დოკუმენტაციის განახლება უნდა მოხდეს წელიწადში ერთხელ წინააღმდეგ შემთხვევაში ბენეფიციარს შეუზღუდებლად პროგრამით სარგებლობის უფლება განახლებული დოკუმენტაციის წარმოდგენამდე.

## 2.5. 0-დან 18-წლამდე ასაკის ეპილექსიით დაავადებული ბავშვების ყოველთვიური ფულადი დახმარების პროგრამა

სამიზნე ჯგუფი:

- ხონის მუნიციპალიტეტში რეგისტრირებული (2 წლამდე ასაკის ბავშვის შემთხვევაში - დაბადებიდან რეგისტრირებული, 2 დან 18 წლამდე ასაკის ბავშვის შემთხვევაში - დახმარების მოთხოვნამდე არანაკლებ ბოლო 2 წლის განმავლობაში უწყვეტად რეგისტრირებული და ასევე ბავშვის მეურვე/მზრუნველი/მხარდამჭერი არანაკლებ ბოლო 2 წლის განმავლობაში უწყვეტად რეგისტრირებული) 0-დან 18-წლამდე ეპილექსიით დაავადებული ბავშვები

დახმარების ოდენობა:

- ყოველთვიური ფულადი დახმარება განისაზღვროს 250 (ორასორმოცდაათი) ლარის ოდენობით.

ხონის მუნიციპალიტეტის მერიაში წარსადგენი დოკუმენტები:

- ✓ განცხადება ხონის მუნიციპალიტეტის მერის სახელზე;



- ✓ ცნობა სსიპ – სოციალური მომსახურების სააგენტოდან – შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის შესახებ;
- ✓ შშმ პირის მეურვის/მზრუნველის/მხარდამჭერის პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის ასლი და საინფორმაციო ბარათი სსიპ – სახელმწიფო სერვისების განვითარების სააგენტოდან;
- ✓ ბავშვის დაბადების მოწმობის ან პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის ასლი და საინფორმაციო ბარათი სსიპ – სახელმწიფო სერვისების განვითარების სააგენტოდან;
- ✓ ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობა ფორმა NIV-100/ა;
- ✓ ბანკის ანგარიშის ნომერი.

დოკუმენტაციის განახლება უნდა მოხდეს წელიწადში ერთხელ. წინააღმდეგ შემთხვევაში ბენეფიციარს შეუზღუდება პროგრამით სარგებლობის უფლება განახლებული დოკუმენტაციის წარმოდგენამდე.

## 2.6. 15 წლამდე ასაკის ცერებრალური დამბლით დაავადებული შშმ პირების ერთჯერადი სეზონური საკურორტო-სარეაბილიტაციო მომსახურების თანადაფინანსება (ბინის ქირით უზრუნველყოფა)

სამიზნე ჯგუფი:

- ხონის მუნიციპალიტეტში რეგისტრირებული 15 წლამდე შშმ სტატუსის მქონე ცერებრალური დამბლით დაავადებული პირები

დახმარების ოდენობა:

- სეზონური საკურორტო-სარეაბილიტაციო მომსახურების თანადაფინანსება წელიწადში ერთჯერ არაუმეტეს 300 (სამასი) ლარის ოდენობით.

ხონის მუნიციპალიტეტის მერიაში წარსადგენი დოკუმენტები:

- ✓ განცხადება ხონის მუნიციპალიტეტის მერის სახელზე;
- ✓ ბენეფიციარის პირადობის ან დაბადების მოწმობის დამადასტურებელი დოკუმენტის ასლი;
- ✓ ბენეფიციარის წარმომადგენლის პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის ასლი;
- ✓ ცნობა/გადაწყვეტილება სსიპ – სოციალური მომსახურების სააგენტოდან შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის შესახებ;
- ✓ სსე შემოწმების აქტის ამონაწერი;
- ✓ ექიმის მიერ გაცემული ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობა ფორმა № IV 100/ა;
- ✓ ბინის მესაკუთრესთან ნოტარიულად დამოწმებული ხელშეკრებულება;
- ✓ ბინის მესაკუთრის (გამქირავებელი) საბანკო ანგარიშის ნომერი.“

თანხის ჩარიხცვა მოხდება უნაღდო ანგარიშსწორების ფორმით წარმოდგენილ საბანკო ანგარიშზე.

## 2.7. 0-დან 15 წლამდე აუტიზმის სპექტრის მქონე ბავშვების რეაბილიტაციის დაფინანსება/ თანადაფინანსების პროგრამა

სამიზნე ჯგუფი:

- აუტიზმის სპექტრის მქონე ბავშვები

დახმარების ოდენობა:

- რეაბილიტაციის დაფინანსება/თანადაფინანსება თვეში არაუმეტეს 200 ლარის ოდენობით.

ხონის მუნიციპალიტეტის მერიაში წარსადგენი დოკუმენტები:

- ✓ განცხადება ხონის მუნიციპალიტეტის მერის სახელზე;
- ✓ მშობლის პირადობის მოწმობის ასლი;
- ✓ დახმარების მიმღები (ბენეფიციარის) დაბადების მოწმობის ასლი, დევნილის შემთხვევაში – დევნილობის მოწმობის ასლები;
- ✓ ექიმ-სპეციალისტის მიერ გაცემული ცნობა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ (ფორმა IVN100)
- ✓ ანგარიშგაქტურა (ინვოისი) შესაბამისი დაწესებულებიდან, რომლის განახლება მოხდება ყოველთვიურად.
- ექიმ-სპეციალისტის მიერ გაცემული ცნობა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ (ფორმა IVN100) -ის განახლება უნდა მოხდეს თორმეტ თვეში ერთხელ.
- ბენეფიციარი დაფინანსებისა/თანადაფინანსებისას იღებს ყოველთვიურად საგარანტიო წერილს, რომელსაც გასცემს ხონის მუნიციპალიტეტის მერი.

თანხის ჩარიხცვა მოხდება შესაბამისი დაწესებულებიდან ყოველთვიურად შესრულებული სამუშაოს დამადასტურებელი დოკუმენტაციის წარმოდგენის შემდეგ, ხონის მუნიციპალიტეტის მერის ბრძანების საფუძველზე.

## 2.8. 18 წლამდე ასაკის შშმ სტატუსის ბავშვებზე სასმენი აპარატის ნაწილების (სადენი, კვების წყარო და ელემენტი) შეძენის დაფინანსების/თანადაფინანსების პროგრამა

სამიზნე ჯგუფი:

- ხონის მუნიციპალიტეტში რეგისტრირებული 18 წლამდე ასაკის შშმ სტატუსის ბავშვები, რომლებსაც ჭირდებათ სასმენი აპარატი

დახმარების ოდენობა:

- სასმენი აპარატის ნაწილების (სადენი, კვების წყარო და ელემენტი) შეძენისათვის ერთჯერადი ფულადი დახმარება/თანადაფინანსება 500 (ხუთასი) ლარის ოდენობით.

ხონის მუნიციპალიტეტის მერიაში წარსადგენი დოკუმენტები:

- ✓ განცხადება ხონის მუნიციპალიტეტის მერის სახელზე;
- ✓ მშობლის პირადობის მოწმობის ასლი;
- ✓ ბენეფიციარის (ბავშვის) დაბადების მოწმობის ასლი;
- ✓ ბენეფიციარის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ფორმა N1V-100/ა;
- ✓ შესაბამისი სამედიცინო დაწესებულებიდან ანგარიშფაქტურა.

ბენეფიციარი დაფინანსების/თანადაფინანსებისათვის იღებს საგარანტიო წერილს, რომელსაც გასცემს ხონის მუნიციპალიტეტის მერი, შესაბამის დაწესებულებაში წარსადგენად.

თანხის ჩარიცხვა მოხდება შესრულებული სამუშაოს დამადასტურებელი დოკუმენტაციის წარმოდგენის შემდეგ. ხონის მუნიციპალიტეტის მერის ბრძანების საფუძველზე.

## 2.9. მხედველობით მკვეთრად გამოხატული შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების ყოველთვიური ფულადი დახმარება

სამიზნე ჯგუფი:

- ხონის მუნიციპალიტეტში რეგისტრირებული მხედველობით მკვეთრად გამოხატული შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები (ტერმინალური სტადია)

დახმარების ოდენობა:

- ყოველთვიური ფულადი დახმარება - თვეში 50 (ორმოცდაათი) ლარის ოდენობით.

წარსადგენი დოკუმენტები:

- ✓ განცხადება ხონის მუნიციპალიტეტის მერის სახელზე;
- ✓ ბენეფიციარის პირადობის მოწმობის ასლი;
- ✓ სამედიცინო სოციალური ექსპერტიზის შემოწმების აქტი ან ფორმა IV-50/4;
- ✓ ცნობა შშმ პირის (მკვეთრად გამოხატული) სტატუსის შესახებ (არსებობის შემთხვევაში);
- ✓ ოჯახის წევრის მომართვის შემთხვევაში შესაბამისი დამადასტურებელი დოკუმენტი (დაბადების, ქორწინების მოწმობის ასლი ან სანოტარო აქტი);
- ✓ „ე“ პუნქტის არსებობის შემთხვევაში განმცხადებლის პირადობის მოწმობის ასლი;
- ✓ ბენეფიციარის საბანკო ანგარიშის ნომერი.

## **3. სოციალური დაცვის პროგრამები**

### 3.1. სოციალურად შეჭირვებული ოჯახების ერთჯერადი ფულადი დახმარების პროგრამა

#### სამიზნე ჯგუფი:

- ხონის მუნიციპალიტეტში რეგისტრირებული სოციალურად შეჭირვებული ოჯახები, რომლებსაც სსიპ – სოციალური მომსახურების სააგენტოს მიერ 2015 წლის 1 ივლისიდან მინიჭებული აქვთ 65 001-დან 90 001-მდე სარეიტინგო ქულა.

#### დახმარების ოდენობა:

- ერთჯერადი ფულადი დახმარება ოჯახზე განსაზღვრულია 100 (ასი) ლარის ოდენობით.

#### წარსადგენი დოკუმენტები:

- ✓ განცხადება ხონის მუნიციპალიტეტის მერის სახელზე;
- ✓ პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის ასლი;
- ✓ ამონაწერი სსიპ – სოციალური მომსახურების სააგენტოს ხონის რაიონული განყოფილებიდან სარეიტინგო ქულის შესახებ (მოკვლეული ხონის მუნიციპალიტეტის ტერიტორიაზე);
- ✓ ბანკის ანგარიშის ნომერი.

### 3.2. შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მქონე, 18 წლამდე ასაკის ბავშვების მეურვეზე / მზრუნველზე / მხარდამჭერზე ერთჯერადი ფულადი დახმარების პროგრამა

#### სამიზნე ჯგუფები:

- შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის (გარდა დიაბეტის, აუტიზმის სპექტრის მქონე და ეპილეფსიის დიაგნოზით დაავადებული ბავშვები) მქონე, 18 წლამდე ასაკის ბავშვების მეურვეზე/მზრუნველზე/მხარდამჭერი.

#### დახმარების ოდენობა:

- ერთჯერადი ფულადი დახმარება შეადგენს თითოეულ შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მქონე არასრულწლოვან ბავშვზე 200 (ორასი) ლარის ოდენობით.

#### წარსადგენი დოკუმენტები:

- ✓ განცხადება ხონის მუნიციპალიტეტის მერის სახელზე;
- ✓ ცნობა სსიპ- სოციალური მომსახურების სააგენტოდან შშმ სტატუსის შესახებ;
- ✓ ბავშვის პირადობის ან დაბადების მოწმობის დამადასტურებელი დოკუმენტის ასლი;
- ✓ შშმ პირის მეურვის/მზრუნველის/მხარდამჭერის პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის ასლი;

- ✓ ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობა ფორმა NIV-100/ა;
- ✓ ბანკის ანგარიშის ნომერი;

**3.3. 18 წლის ასაკის ზემოთ მკვეთრად და მნიშვნელოვნად გამოხატული გონებრივი განვითარების ჩამორჩენილობის მქონე, ცერებრალური დამბლით, დაუნის სინდრომით დაავადებული პირებზე ერთჯერადი ფულადი დახმარების პროგრამა**

სამიზნე ჯგუფები:

- 18 წლის ასაკის ზემოთ მკვეთრად და მნიშვნელოვნად გამოხატული გონებრივი განვითარების ჩამორჩენილობის მქონე, ცერებრალური დამბლით, დაუნის სინდრომით დაავადებულ პირებზე ან/და მათ მეურვეზე / მზრუნველზე / მხარდამჭერზე.

დახმარების ოდენობა:

- ერთჯერადი ფულადი დახმარება შეადგენს 200 (ორასი) ლარის ოდენობით.

წარსადგენი დოკუმენტები:

- ✓ წერილობითი განცხადება ხონის მუნიციპალიტეტის მერის სახელზე;
- ✓ შშმ. სტატუსის მქონე პირის პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის ასლი;
- ✓ მეურვის/მზრუნველის/მხარდამჭერის პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის ასლი (არსებობის შემთხვევაში).
- ✓ ცნობა სსიპ – სოციალური მომსახურების სააგენტოდან – შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის შესახებ ან ცნობა სსიპ – სოციალური მომსახურების სააგენტოდან სახელმწიფო გასაცემელი კატეგორია-ასაკით“ (არსებობის შემთხვევაში).
- ✓ სსე აქტის ამონაწერი ან ექიმის მიერ გაცემული ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობა ფორმა N IV-100/ა; ე)გადაწვეტილება სოციალური მომსახურების სააგენტოდან მეურვის/მზრუნველის/ მხარდამჭერის შესახებ/არსებობის შემთხვევაში.
- ✓ ბანკის ანგარიშის ნომერი.

**3.4. 100 და მეტი წლის ასაკს მიღწეული პირების ერთჯერადი ფულადი დახმარების პროგრამა**

სამიზნე ჯგუფი:

- ხონის მუნიციპალიტეტში რეგისტრირებული 100 და მეტი წლის ასაკს მიღწეული პირები

დახმარების ოდენობა:

- ერთჯერადი ფულადი დახმარება განისაზღვრა 500 (ხუთასი) ლარის ოდენობით.

წარსადგენი დოკუმენტები:

დახმარების მიმღებმა ხანდაზმულმა ან ხანდაზმული პირის ოჯახის უფლებამოსილმა წარმომადგენელმა ხონის მუნიციპალიტეტის მერიაში უნდა წარმოადგინოს:

- ა) განცხადება ხონის მუნიციპალიტეტის მერის სახელზე;
- ბ) 100 და მეტი წლის ასაკს მიღწეული პირის პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის ასლი;
- გ) ბანკის ანგარიშის ნომერი;
- დ) უფლებამოსილების დამადასტურებელი შესაბამისი დოკუმენტი.

3.5. საქართველოს ტერიტორიული მთლიანობის, თავისუფლებისა და დამოუკიდებლობისათვის საბრძოლო მოქმედების შედეგად დაინვალიდებული ვეტერანების ერთჯერადი ფულადი დახმარების პროგრამა

სამიზნე ჯგუფი:

- ხონის მუნიციპალიტეტში რეგისტრირებული საქართველოს ტერიტორიული მთლიანობის, თავისუფლებისა და დამოუკიდებლობისათვის საბრძოლო მოქმედების შედეგად დაინვალიდებული ვეტერანები

დახმარების ოდენობა:

- ერთჯერადი ფულადი დახმარება 700 (შვიდასი) ლარის ოდენობით.

წარსადგენი დოკუმენტები:

- ✓ განცხადება ხონის მუნიციპალიტეტის მერის სახელზე;
- ✓ ვეტერანის მოწმობის ასლი;
- ✓ პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის ასლი;
- ✓ ინვალიდობის მოწმობა – ფორმა N50/2;
- ✓ ბანკის ანგარიშის ნომერი.

3.6. საქართველოს ტერიტორიული მთლიანობის, თავისუფლებისა და დამოუკიდებლობისათვის საბრძოლო მოქმედებებში მონაწილე ვეტერანების ერთჯერადი ფულადი დახმარების პროგრამა

სამიზნე ჯგუფი:

- ხონის მუნიციპალიტეტში რეგისტრირებული საქართველოს ტერიტორიული მთლიანობის, თავისუფლებისა და დამოუკიდებლობისათვის საბრძოლო მოქმედებებში მონაწილე ვეტერანები

დახმარების ოდენობა:



- ერთჯერადი ფულადი დახმარება განისაზღვროს 100 (ასი) ლარის ოდენობით.

წარსადგენი დოკუმენტები:

- ✓ განცხადება ხონის მუნიციპალიტეტის მერის სახელზე;
- ✓ ვეტერანის მოწმობის ასლი;
- ✓ პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის ასლი;
- ✓ ბანკის ანგარიშის ნომერი.

**3.7. მეორე მსოფლიო ომის ვეტერანების და მასთან გათანაბრებული პირების ერთჯერადი ფულადი დახმარების პროგრამა**

სამიზნე ჯგუფი:

- ხონის მუნიციპალიტეტში რეგისტრირებული მეორე მსოფლიო ომის ვეტერანები და მათთან გათანაბრებული პირები.

დახმარების ოდენობა:

- ერთჯერადი ფულადი დახმარება 150 (ას ორმოცდაათი) ლარის ოდენობით.

წარსადგენი დოკუმენტები:

- ✓ განცხადება ხონის მუნიციპალიტეტის მერის სახელზე;
- ✓ პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის ასლი;
- ✓ ვეტერანის/მასთან გათანაბრებული პირის მოწმობის ასლი;
- ✓ ბანკის ანგარიშის ნომერი.

**3.8. სხვა სახელმწიფოთა ტერიტორიაზე (უნგრეთი და ავღანეთი) საბრძოლო მოქმედებებში მონაწილე ვეტერანების ერთჯერადი ფულადი დახმარების პროგრამა**

სამიზნე ჯგუფი:

- ხონის მუნიციპალიტეტში რეგისტრირებული სხვა სახელმწიფოთა (უნგრეთი და ავღანეთი) ტერიტორიაზე საბრძოლო მოქმედებებში მონაწილე ვეტერანები

დახმარების ოდენობა:

- ერთჯერადი ფულადი დახმარება განისაზღვროს 100 (ასი) ლარის ოდენობით.

წარსადგენი დოკუმენტები:

- ✓ განცხადება ხონის მუნიციპალიტეტის მერის სახელზე;
- ✓ ვეტერანის მოწმობის ასლი;

- ✓ პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის ასლი;
- ✓ ბანკის ანგარიშის ნომერი.

### 3.9. საქართველოს ტერიტორიული მთლიანობის, თავისუფლებისა და დამოუკიდებლობისათვის საბრძოლო მოქმედებების დროს დაღუპული პირების ოჯახების ერთჯერადი ფულადი დახმარების პროგრამა

#### სამიზნე ჯგუფი:

- ხონის მუნიციპალიტეტში რეგისტრირებული საქართველოს ტერიტორიული მთლიანობისათვის, თავისუფლებისა და დამოუკიდებლობისათვის საბრძოლო მოქმედებების დროს დაღუპული პირების ოჯახები.

#### დახმარების ოდენობა:

- ერთჯერადი ფულადი დახმარება 500 (ხუთასი) ლარის ოდენობით.

#### წარსადგენი დოკუმენტები:

- ✓ განცხადება ხონის მუნიციპალიტეტის მერის სახელზე;
- ✓ სსიპ – ვეტერანების საქმეთა სახელმწიფო სამსახურის მიერ გაცემული (ომში დაღუპული პირის) ოჯახის წევრის ომისა და სამხედრო ძალების დამადასტურებელი მოწმობის ასლი ან ცნობა სსიპ – ვეტერანების საქმეთა სახელმწიფო სამსახურის მიერ გაცემული (ომში დაღუპული პირის) ოჯახის წევრის შესახებ.
- ✓ პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის ასლი;
- ✓ ბანკის ანგარიშის ნომერი.

### 3.10. გარდაცვლილი ვეტერანების და იძულებით გადაადგილებული პირების სარიტუალო მომსახურების პროგრამა

#### სამიზნე ჯგუფები:

- ხონის მუნიციპალიტეტში რეგისტრირებული საქართველოს ტერიტორიული მთლიანობისათვის ან მეორე მსოფლიო ომის გარდაცვლილი ვეტერანების ოჯახები;
- იძულებით გადაადგილებული გარდაცვლილი პირების ოჯახები, რომელთა ფაქტობრივი (დროებითი) საცხოვრებელი ადგილია ხონის მუნიციპალიტეტი.

#### დახმარების ოდენობა:

- სარიტუალო მომსახურებისათვის 250 (ორას ორმოცდაათი) ლარის ოდენობით:

#### წარსადგენი დოკუმენტები:

- ✓ განცხადება ხონის მუნიციპალიტეტის მერის სახელზე;

- ✓ განმცხადებლის პირადობის მოწმობის ასლი;
- ✓ გარდაცვალების მოწმობის ასლი;
- ✓ ომის ვეტერანის დამადასტურებელი მოწმობის ასლი;
- ✓ იძულებით გადაადგილებული გარდაცვლილი პირის მოწმობის ასლი;
- ✓ ქორწინების მოწმობა/დაბადების მოწმობის ასლი არსებობის შემთხვევაში;
- ✓ ბანკის ანგარიშის ნომერი.

**3.11. ქალაქ ხონში სამხედრო დასახლებაში დროებით, კომპაქტურად ჩასახლებულ დევნილთა წყალმომარაგების და კანალიზაციის ხარჯების ყოველთვიური თანადაფინანსების პროგრამა**

**სამიზნე ჯგუფი:**

- ქ. ხონში სამხედრო დასახლებაში დროებით, კომპაქტურად ჩასახლებულ დევნილთა ოჯახები

**დახმარების ოდენობა:**

წყალმომარაგების და კანალიზაციის ხარჯების ყოველთვიური თანადაფინანსება განსაზღვროს არაუმეტეს:

- სასმელ წყალზე – სულზე 1(ერთი) ლარი;
- კანალიზაციის მომსახურების შემთხვევაში დამატებით – 0.30 ლარი.

**თანადაფინანსება ხორციელდება „საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს“ სოციალური მომსახურების სააგენტოს იმერეთის სოციალური მომსახურების სამხარეო ცენტრის მიერ მოწოდებული სიის შესაბამისად.**

**წარსადგენი დოკუმენტები:**

- ✓ განცხადება ხონის მუნიციპალიტეტის მერის სახელზე;
- ✓ განმცხადებლის პირადობის მოწმობის ასლი;
- ✓ ცნობა სოციალური მდგომარეობის შესახებ, გაცემული შესაბამის ადმინისტრაციულ ერთეულში მერის წარმომადგენლის მიერ.

**3.12. ომის ვეტერანთა, მასთან გათანაბრებულ პირთა, მარჩენალდაკარგულთა, რეპრესირებულთა და ჩერნობილის ატომური ელექტროსადგურის აფეთქების შედეგების სალიკვიდაციო სამუშაოების მონაწილეთა ოჯახებზე საკანალიზაციო, წყალმომარაგების სააბონენტო ხარჯების ყოველთვიური თანადაფინანსების პროგრამა**

სამიზნე ჯგუფები:

ხონის მუნიციპალიტეტში რეგისტრირებული

- ომის ვეტერანების და მასთან გათანაბრებული პირების ოჯახები;
- მარჩენალდაკარგულების ოჯახები;
- რეპრესირებულების ოჯახები;
- ჩერნობილის ატომური ელექტროსადგურის აფეთქების შედეგების სალიკვიდაციო სამუშაოთა მონაწილეების ოჯახები.

დახმარების ოდენობა:

საკანალიზაციო, წყალმომარაგების ხარჯების ყოველთვიური თანადაფინანსება განხორციელდეს არაუმეტეს:

- სასმელ წყალზე – სულზე 1(ერთი) ლარი;
- კანალიზაციის მომსახურების შემთხვევაში დამატებით – 0.30 ლარი.

წარსადგენი დოკუმენტები:

- ✓ განცხადება ხონის მუნიციპალიტეტის მერის სახელზე;
- ✓ ვეტერანის მოწმობის ასლი/ვეტერანთან გათანაბრებული პირის მოწმობის ასლი/მარჩენალ-დაკარგულის მოწმობის ასლი/რეპრესირებულის ოჯახის წევრობის დამადასტურებელი დოკუმენტი/ცნობა სამხედრო აღრიცხვისა და გაწვევის სამსახურიდან ჩერნობილის ატომური ელექტროსადგურის აფეთქების შედეგების სალიკვიდაციო სამუშაოებში მონაწილეობის შესახებ;
- ✓ პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის ასლი;
- ✓ საქართველოს გაერთიანებული წყალმომარაგების კომპანიის ხონის სერვისცენტრის მიერ გაცემული ქვითრის ასლი;
- ✓ ცნობა სოციალური მდგომარეობის გაცემული, შესაბამისი ადმინისტრაციულ ერთეულში მერის წარმომადგენლის მიერ.

**3.13. ხონის მუნიციპალიტეტში არსებული შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე 18 წლამდე ასაკის ბავშვთა „დღის ცენტრების“ ყოველთვიური დაფინანსების პროგრამა**

სამიზნე ჯგუფები:

- ხონის მუნიციპალიტეტში არსებული შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე 18 წლამდე ასაკის ბავშვთა „დღის ცენტრების“

დახმარების ოდენობა:

- „დღის ცენტრების“ ყოველთვიური დაფინანსება განისაზღვროს თვეში არაუმეტეს 1000 (ათასი) ლარის ოდენობით.

წარსადგენი დოკუმენტები:

- ✓ განცხადება ხონის მუნიციპალიტეტის მერის სახელზე;
- ✓ ორგანიზაციის საბანკო ანგარიშის ნომერი;
- ✓ ხარჯთაღრიცხვის დოკუმენტი (მიმდინარე თვის) 2017 წლის 29 დეკემბრის საქართველოს მთავრობის №601 დადგენილებით სოციალური რეაბილიტაციისა და ბავშვთა ზრუნვის 2018 წლის სახელმწიფო პროგრამით განსაზღვრული ბენეფიციარებზე გაცემული მიმდინარე თვის გააქტიურებული მომსახურების ვაუჩერის ასლები.

**3.14. ქ. ხონის ტერიტორიაზე მცხოვრები ოჯახების, რომელთაც მინიჭებული აქვს სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს გადამოწმების შედეგად 65001-ზე ნაკლები სარეიტინგო ქულა, წყალმომარაგების და კანალიზაციის ხარჯების ყოველთვიური თანადაფინანსების პროგრამა**

სამიზნე ჯგუფი:

- ქ. ხონის ტერიტორიაზე მცხოვრებ ოჯახები, რომელსაც მინიჭებული აქვს სსიპ – სოციალური მომსახურების სააგენტოს გადამოწმების შედეგად 65001-ზე ნაკლები სარეიტინგო ქულა.

დახმარების ოდენობა:

წყალმომარაგების და კანალიზაციის ხარჯების ყოველთვიური თანადაფინანსება განისაზღვროს არაუმეტეს:

- სასმელ წყალზე – სულზე 1(ერთი) ლარი;
- კანალიზაციის მომსახურების შემთხვევაში დამატებით – 0.30 ლარი.

თანადაფინანსება ხორციელდება სსიპ – სოციალური მომსახურების სააგენტოს მიერ მოწოდებული სიის შესაბამისად.

**4. დემოგრაფიული პროგრამები**

**4.1. მრავალშვილიანი ოჯახების ერთჯერადი ფულადი დახმარების პროგრამა**

სამიზნე ჯგუფი:

- ხონის მუნიციპალიტეტში რეგისტრირებული მრავალშვილიანი (4 და მეტი არასრულწლოვანი ბავშვით) ოჯახები

დახმარების ოდენობა:

- ერთჯერადი ფულადი დახმარება, თითოეულ არასრულწლოვან ბავშვზე 50 (ორმოცდაათი) ლარის ოდენობით.

წარსადგენი დოკუმენტები:

- ✓ განცხადება ხონის მუნიციპალიტეტის მერის სახელზე;
- ✓ მშობლის/მშობლების პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის ასლი;
- ✓ ბავშვების დაბადების მოწმობების ასლები;
- ✓ მშობლების/მშობლის რეგისტრაციის განუსაზღვრელობის შემთხვევაში, რეგისტრაციის განმსაზღვრელი დოკუმენტი;
- ✓ ბანკის ანგარიშის ნომერი;
- ✓ დევნილის მოწმობის ასლი (დევნილი მშობლის შემთხვევაში).

4.2. მარტოხელა მშობლის ერთჯერადი ფულადი დახმარების პროგრამა

სამიზნე ჯგუფი:

- ხონის მუნიციპალიტეტში რეგისტრირებული მარტოხელა მშობელი, რომელსაც სსიპ – სოციალური მომსახურეობის სააგენტოს მიერ მინიჭებული აქვს 1-დან 200001-მდე სარეიტინგო ქულა და ჰყავს 18 წლამდე ასაკის ბავშვი/ბავშვები,

დახმარების ოდენობა:

- ერთჯერადი ფულადი დახმარება, თითოეულ არასრულწლოვან ბავშვზე 200 (ორასი) ლარის ოდენობით.

წარსადგენი დოკუმენტები:

- ✓ განცხადება ხონის მუნიციპალიტეტის მერის სახელზე;
- ✓ ცნობა სსიპ – სახელმწიფო სერვისების განვითარების სააგენტოდან, მარტოხელა მშობლის სტატუსის შესახებ;
- ✓ პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის ასლი;
- ✓ ბავშვის/ბავშვების დაბადების მოწმობის ასლი;
- ✓ ამონაწერი – სსიპ – სოციალური მომსახურეობის სააგენტოს ხონის რაიონული განყოფილებიდან სარეიტინგო ქულის შესახებ;
- ✓ ბანკის ანგარიშის ნომერი.

4.3. მშობელთა მზრუნველობამოკლებულ 18 წლამდე ასაკის ბავშვების მეურვეზე / მზრუნველზე ერთჯერადი ფულადი დახმარების პროგრამა



სამიზნე ჯგუფი:

- ხონის მუნიციპალიტეტში რეგისტრირებულ მზრუნველობამოკლებულ 18 წლამდე ასაკის ბავშვების მეურვეზე/მზრუნველზე განისაზღვროს

დახმარების ოდენობა:

- ერთჯერადი ფულადი დახმარება თითოეულ არასრულწლოვან ბავშვზე 300 (სამასი) ლარის ოდენობით.

წარსადგენი დოკუმენტები:

- ✓ განცხადება ხონის მუნიციპალიტეტის მერის სახელზე;
- ✓ მეურვის/მზრუნველის პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის ასლი;
- ✓ გადაწყვეტილება /მეურვეობის/მზრუნველობის შესახებ;
- ✓ ბავშვის/ბავშვების დაბადების მოწმობის ასლი;
- ✓ ბავშვის/ბავშვების პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის ასლი (არსებობის შემთხვევაში);
- ✓ მშობლების გარდაცვალების მოწმობის ასლები (არსებობის შემთხვევაში);
- ✓ ბანკის ანგარიშის ნომერი.

**4.4. სახელმწიფო მზრუნველობიდან ბიოლოგიურ ოჯახში რეინტეგრირებული ბავშვების ოჯახების ერთჯერადი ფულადი დახმარების პროგრამა**

სამიზნე ჯგუფი:

- ხონის მუნიციპალიტეტში რეგისტრირებულ სახელმწიფო მზრუნველობიდან ბიოლოგიურ ოჯახში რეინტეგრირებული ბავშვების ოჯახების გაძლიერებისათვის

დახმარების ოდენობა:

- ერთჯერადი ფულადი დახმარება განისაზღვროს 1500 (ათას ხუთასი) ლარის ოდენობით.

წარსადგენი დოკუმენტები:


- ✓ განცხადება ხონის მუნიციპალიტეტის მერის სახელზე;
- ✓ გადაწყვეტილება სოციალური მომსახურების სააგენტოს ხონის რაიონული განყოფილების ბავშვების რეინტეგრაციის შესახებ;
- ✓ სახელმწიფო მზრუნველობიდან ბიოლოგიურ ოჯახში დაბრუნებული ბავშვ(ებ)ის პირადობის/დაბადების მოწმობის ასლი;
- ✓ განმცხადებლის პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის ასლი;
- ✓ დახმარების მიმღები პირის პირადობის დამადასტურებელ დოკუმენტში რეგისტრაციის ადგილის განუსაზღვრელობის შემთხვევაში, უნდა წარმოადგინოს

სსიპ – სახელმწიფო სერვისების განვითარების სააგენტოდან შესაბამისი განცხადება ანკეტის (ფორმა №1) ასლი;


- ✓ დახმარების მიმღები პირის საბანკო ანგარიშის ნომერი.

## 5. ხონის მუნიციპალიტეტის მერიის საკონტაქტო ინფორმაცია

მუნიციპალურ პროგრამებსა და მათში მონაწილეობის შესაძლებლობებზე დეტალური ინფორმაციის მისაღებად მიმართეთ ხონის მუნიციპალიტეტის მერიის შრომის, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის, ვეტერანთა და იძულებით გადაადგილებულ პირთა საქმეთა სამსახურს.

 მისამართი: ქ.ხონი, თავისუფლების ქუჩა. №6

 ელ.ფოსტა: khonis.meria@khoni.gov.ge

 ტელ: +995 595 33 25 44

ვებ-გვერდი: <http://khoni.gov.ge/contact/>

სამუშაო საათები: ორშაბათი-პარასკევი, 09:00 – 18:00 საათი.