

РЕЕСТРАЦІЙНИЙ № 0608202607
ВІД « 06 » 08 2026
ПРИЙНЯВ (-ЛА): Богдаринко В. П.


Народному депутату України
Безуглій Мар'яні Володимирівні

ПП Димарієвої Р. М.

вул.: м. Оболонська
буд. 2, корп. 1, кв. 12
м. Київ, індекс: 04205
тел.: +38 (097) 529 14 17
e-mail:

ЗВЕРНЕННЯ

Шановна Мар'яно Володимирівно!

Дякую вам надати матеріал про
можливість лікування зубів і протезування
на суму 150 000 (сто п'ятдесят тисяч) гривень.
Усе проблема виникає після відвідування
лікарів-ортопедів Лисенка в столичній
поліклініці, в 40250 лікуванні
однієї коронок, обертуючись в центрі
необхідності протезування і ліку-
вання верхньої і нижньої щелепи.
Дякую рет.

« 6 » 07 2026 р.


Підпис

Додаток

до Порядку надання одноразової адресної матеріальної допомоги малозабезпеченим верствам населення міста Києва та киянам, які опинилися в складних життєвих обставинах (абзац перший пункту I розділу II)

Київському міському голові

Димарієв Р.В.

від Димарієва Р.В.

(Власне ІМІЯ та ПРІЗВИЩЕ)

мешкаю за адресою:

м. Київ, індекс 04205

вул. м. Володимирська, 8.3, кв. 12

телефон: 0975291417

Статус ВПО: так ☐, ні ☒

ЗАЯВА

Прошу надати мені одноразову адресну матеріальну допомогу Вас надати

матеріальну допомогу на лікування зубів і протезування на щелепний апарат за 450000 грн (сума п'ятсот тисяч грн).
Ця проблема виникла після відвідування лікарів - ортодонта та стоматолога в 2025 році, лікування і однієї коронки, обертання в режиму керування і протезування верхньої і нижньої щелепи.

Усвідомлюю, що надані мною відомості про доходи та майно, що вплинули або могли вплинути на прийняте рішення щодо призначення/перерахунку соціальної допомоги/компенсації, будуть перевірені згідно із законодавством України.

Мене поінформовано про те, що в разі зміни обставин, які можуть вплинути на отримання мною соціальної допомоги/компенсації, я повинен/повинна повідомити про це.

Про відмову у призначенні/про припинення виплати призначеної соціальної допомоги/компенсації та/або про повернення надміру виплачених коштів у разі подання неповних чи неістинних відомостей про доходи та майновий стан сім'ї мене попереджено.

6.07
(дата)

2026 року

Р. Димарієв
(підпис)

Управління ПФУ в Оболонському районі м. Києва
Головного управління ПФУ

ДОВІДКА

Видана _____

Проживас за адресою _____

В тому, що він (вона) знаходиться на обліку в управління ПФУ Оболонського району м. Києва
пенсію _____

Довідка видана для пред'явлення _____



Начальник управління
пенсіоніст

[Handwritten signature]

М.А. Рудкевич

Друкарня "Лоліт" зам.1080

БЕЗКОШТОВНИЙ ПРОїЗД
НА МІСЬКОМУ
ТРАНСПОРТІ

Україна
ВІТЕРАН ПРАЦІ
Нач.упр. *[Signature]*

Має право на 50%
знижку вартості проїзду
в залізничному транспорті,
автобусів міського
сполучення та на судах
каботажного сполучення
до 15 травня

Має право на 50%
знижку вартості ліків
района м. Києва
Підпис *[Signature]*

109524

Пред'явник цього посвідчення має право на пільги, встановлені законодавством України для ветеранів праці

ПОСВІДЧЕННЯ
Серія АІ №823335

Прізвище *Степанюк*
Ім'я *Світлана*
По батькові *Михайлівна*

Особистий підпис *[Signature]*

Дата видачі *1996* р.

ПОСВІДЧЕННЯ
БЕЗТЕРМІНОВЕ
І ДІЄ НА ВСІ
ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ

МІП

МІП

М.А. Рудкевич

М.А. Рудкевич

12. Висновки про умови та характер праці

Відсутні об'єктивні докази

13. Рекомендовані заходи щодо відновлення працездатності

Консультації невролога, психолога, сімейного лікаря



Голова МСЕК

Григор'єв С.В.
(п.п.б.)

Висновки медико-соціальних експертних комісій про умови і характер праці інвалідів є обов'язковими для адміністрації підприємств, установ і організацій

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

1. Григор'єв С.В.
(місцезнаходження МСЕК)
2. Ц.М.С.Е.К.1
(профіль МСЕК)

ДОВІДКА

до акта огляду медико-соціальною експертною комісією
(видається інваліду)

3. Серія 12 ААГ

№ 259479

4. Григор'єв Світлана Михайлівна
(прізвище, ім'я, по батькові інваліда)

5. Дата народження 25.03.1992 6. Дата огляду 24.12.2023
(число, місяць, рік) (число, місяць, рік)

7. Огляд інваліда заочно
(прізвище, ім'я, по батькові інваліда)

8. Група інвалідності Група Б з 03.10.23р з урахуванням ОРА
(словом)

9. Причина інвалідності застосування лікарського

10. Інвалідність встановлена на строк до закінчення 20 року

11. Дата чергового переогляду
(число, місяць, рік)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

[illegible]

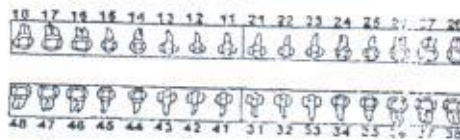
ИНВОЙС
Invoice

Пациент/Patient: Дмітрієва Світлана Михайлівна

Платательщик/Payer: Дмітрієва Світлана Михайлівна

Услуга	Зуб(ы)	Кол-во	Цена (грн.)	Сумма (грн.)
Service	Tooth (Teeth)	Quantity	Price (UAH)	Amount (UAH)
Огляд / Preventive inspection	СК	1	460,00	460,00

Всього (грн.)/Total (UAH): 460,00



Ціни дійсні при умові початку лікування на протязі періоду з початку складання плану лікування. На протезування та ортодонцію передплата - 50% на момент зняття відбитків.

Дата/Date: 16.06.2026

Курирующий врач/Curator: Басанько Ірина Григорівна

Пациент/Patient: Дмітрієва Світлана Михайлівна

UA173052990000026007026804446 в АТ КБ "Приватбанк", м.Київ, МФО 305299

Прізвище

Адреса

робота

Назва	Код	Кількість	Сума
Первинне обстеження.	228		
Засоби інд. Зах-ту.	1		
Коронка штамп.один/ мост	207/226		
Коронка пласт. од.	206		
Коронка облиц. один./мост	227/225		
Коронка МК один/мост	204/197		
Коронка МП один./мост.	205/199		
Коронка СЦЛ.один./мост	202/191		
Зуб СЦЛ	193		
Зуб ЛІТ. в мосту	192		
Фасетка штамп.	223		
Зуб МК./МП	198/200		
Куксова вкладка лаб/сам	178/180		
Лапка	194		
Спайка мост	221		
Спайка один	221		
Відновл.фас.	161		
Фікс. кор.ШТ./ПЛ.	218		
Фікс. кор МК/ МП/СЦЛ	217		
Фікс. СЦЛ вкл	219		
Зняття кор ШТ/ПЛ	171		
Зняття кор СЛ/МК	170		
Зняття відбит.альгінат.	165		
Зняття відбит Z+	173		
Зняття відбитка гіпсом	166		
Відлівання мод.гіпс.	160		
Зняття відб.спідеке	174		
Вил.СЛ вкл зі штіфтом	169		
Всього			
Підпис лікаря			
касир			

16. ЩОДЕННИК ЛІКАРЯ

Дата	Анамнез, статус, діагноз, лікування та рекомендації
02.10.2025	Скарги! на відносно жестку коронку 23 зуха дисконформі після нубанни впади 35, 36, 37 зух. В. Показано: заміна коронки 34, 35, 36 зух. в. А. Лисенко П.В. Наступний візит: 08.10.2025 з метою ремонту коронки 23 зуха. А. Лисенко П.В.
08.10.2025	Скарги! на відносно коронкової частини 23 з з підп'ячної сторони. А-під: Реставрація премо 23 з підп'ячної сторони (Фуд) 1. 17. Епікриз Рекомендовано замінити коронку або зробити реставрацію з фото посмілки

Лікар _____

Завідувач відділення _____

Дата заповнення « _____ » _____ 20____ р.