**Ф-01-74/11/48**

**Департамент соціальної та ветеранської політики Луцької міської ради**

 **Від кого (відомості про фізичну особу)**

Прізвище

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

Ім’я

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

По батькові

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

Адреса

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

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

Пенсійне посвідчення

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

Контактний номер мобільного телефону

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

**ЗАЯВА**

Прошу призначити щорічну допомогу на оздоровлення особі з інвалідністю, дитині з інвалідністю (необхідне підкреслити) постраждалій внаслідок дії вибухонебезпечних предметів.

Надаю згоду на обробку моїх персональних даних виключно з метою призначення щорічної допомоги на оздоровлення особі з інвалідністю, дитині з інвалідністю, постраждалій внаслідок дії вибухонебезпечних предметів.

|  |
| --- |
|  **Перелік копій документів, що додаються:** |
| 1. Паспорт громадянина України/тимчасове посвідчення громадянина України/посвідка на постійне проживання/посвідка на тимчасове проживання/посвідчення біженця.
2. Свідоцтво про народження дитини;
3. Реєстраційний номер облікової картки платника податків;
4. Документ, що підтверджує встановлення над дитиною-сиротою, дитиною, позбавленою батьківського піклування, опіки, піклування / влаштування таких дітей на цілодобове перебування до закладів різних типів, форм власності та підпорядкування / влаштування дитини-сироти, дитини, позбавленої батьківського піклування, в прийомну сім’ю, дитячий будинок сімейного типу;
5. Довідка медико-соціальної експертної комісії про групу і причину інвалідності (особам віком від 18 років) або висновок лікарсько-консультативної комісії закладу охорони здоров’я про встановлення категорії “дитина з інвалідністю” (дітям віком до 18 років).
6. Заява про перерахування коштів щорічної допомоги на оздоровлення із зазначенням рахунка в установі банку.
 |
| (дата)  |  | (підпис) |

|  |
| --- |
| Заяву та документи на \_\_\_аркушах прийнято “\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”\_\_р. та зареєстровано в реєстрі під № \_\_\_\_\_\_ Для розгляду заяви необхідно додати до “\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_р. Такі документи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_“Ознайомився”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(прізвища та підпис відповідальної особи) (підпис заявника, законного представника) |
| Лінія відрізу |
| Заяву та документи на \_\_\_аркушах прийнято “\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”\_\_р. та зареєстровано в реєстрі під № \_\_\_\_\_\_ Для розгляду заяви необхідно додати до “\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_р. такі документи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_“Ознайомився”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(прізвища та підпис відповідальної особи) (підпис заявника, законного представника) |