**Ф-01/ІК-75/42/01**

**Департамент з питань ветеранської**

**політики Луцької міської ради**

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

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Соціальний стан (пільги, група інвалідності)

|  |
| --- |
|  |

**АДРЕСА реєстрації місця проживання/**

**фактичного місця проживання**

Вулиця

|  |
| --- |
|  |

Номер будинку Номер квартири

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

Місто/село

|  |
| --- |
|  |

Номер мобільного телефону

|  |
| --- |
| + 38 |

Електронна адреса

|  |
| --- |
|  |

**З А Я В А**

Прошу надати грошову допомогу з міського бюджету

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Підписанням цієї заяви не заперечую та даю згоду на обробку персональних даних для отримання адміністративної послуги.  Мені відомо про мої права, визначені Законом України «Про захист персональних даних». | | |
|  |  |  |
| (дата) |  | (підпис) |

**Надаю згоду комунальним закладам охорони здоров'я передати інформацію про мій стан здоров'я (діагноз, результати обстеження, огляду, тощо) в межах та обсязі, що є необхідними для отримання мною матеріальної допомоги з міського бюджету.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(дата) (підпис) (П.І.Б.)

**………………………………………………………………………………………………………………………….**

**У разі позитивного рішення - зарахування коштів буде проводитись по мірі фінансування на рахунок в установі банку.**