

ЗАЯВА

про призначення та виплату одноразової грошової допомоги за
Соціальною програмою підтримки дітей – сиріт та дітей, позбавлених
батьківського піклування, які виховуються в сімейних формах виховання,
Щастинської міської територіальної громади Щастинського району Луганської
області на 2025 рік

Кому _____

від _____
_____ місце фактичного проживання

паспорт: серія _____ № _____, виданий _____
_____ " ____ " _____ р.

Реєстраційний номер облікової картки платника податків _____,
контактний телефон _____

Адреса, за якою може здійснюватися офіційне листування або вручення
офіційної кореспонденції _____

Додаткове обґрунтування заявника (у разі наявності)

Я усвідомлюю, що наведені мною відомості про сім'ю, соціальний статус,
які вплинули або могли вплинути на встановлення права на отримання
одноразової грошової допомоги, будуть перевірені згідно із законодавством
України.

У зв'язку з цим мене повідомлено про порядок та умови призначення та
виплати одноразової грошової допомоги, про права осіб, стосовно яких
здійснюється обробка персональних даних, мету збору та осіб, яким передаються
такі дані.

_____ 202_ року

_____ (підпис заявника)

_____ (Власне ім'я, прізвище)