

Бердянська міська військова адміністрація  
Бердянського району Запорізької області

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_,  
(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) особи, яка подає заяву)  
який/яка проживає за адресою:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_,  
має зареєстроване місце проживання за адресою:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_,  
номер мобільного телефону \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_,  
(паспорт громадянина України)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_,  
(ким і коли виданий)

реєстраційний номер облікової картки платника  
податків \_\_\_\_\_

Дата народження \_\_\_\_\_

## ЗАЯВА

про надання одноразової грошової допомоги у \_\_\_\_\_ році

Назва допомоги/компенсації	Зазначити необхідне
<b>1. Соціальна підтримка військових, ветеранів війни та членів їх сімей</b>	
Грошова допомога військовослужбовцям, які брали безпосередню участь у заходах, необхідних для забезпечення оборони України, захисту безпеки населення та інтересів держави у зв'язку з військовою агресією Російської Федерації проти України, упродовж року перед днем зверненням	
Одноразова грошова допомога військовослужбовцям: - які отримали поранення, травму, каліцтво або захворювання під час проходження військової служби або захисту Батьківщини; - які звільнилися з військової служби за станом здоров'я; - звільненим з полону	
Одноразова грошова допомога членам сімей загиблих військовослужбовців	
Одноразова грошова допомога дітям Захисників та Захисниць України, які загинули (померли) при захисті незалежності, суверенітету та територіальної цілісності України	
Грошова допомога за піднайом (найом), оренду житлових приміщень особам з інвалідністю внаслідок війни 1 та 11 групи (заповнюється додаток до заяви*)	
Грошова компенсація військовослужбовцям та ветеранам війни за зубопротезування у разі перевищення граничної суми витрат, які передбачені відповідною державною програмою та грошова компенсація за імплантацію зубів	
Грошова допомога мобілізованим військовослужбовцям (призваним протягом 6 місяців перед днем звернення)	

Грошова допомога військовослужбовцям, які прийняті на військову службу за контрактом у віці від 18 до 25 років відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 11.02.2025 № 153 після набрання її чинності.	
<b>2. Відзначення жителів громади до пам'ятних дат/державних свят</b>	
Допомога до Дня Незалежності України учасникам бойових дій, особам з інвалідністю внаслідок війни (необхідне підкреслити)	
Допомога до Дня захисників і захисниць України членам сімей загиблих (померлих) військовослужбовців	
Допомога до Дня чорнобильської трагедії особам, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи та дружинам померлих громадян із числа ліквідаторів (потерпілих), смерть яких пов'язана з Чорнобильською катастрофою	
<b>3. Підтримка осіб/сімей, які перебувають у складних життєвих обставинах, та родин з дітьми, які потребують уваги</b>	
<p>Грошова допомога жителям громади, які перебувають у складних життєвих обставинах у зв'язку з:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- невиліковною хворобою, хворобою, що потребує тривалого лікування, потребою в реабілітації, отриманням тілесних ушкоджень (контузія, травма, каліцтво) внаслідок ворожих обстрілів країною агресором (<b>заповнюється додаток до заяви*</b>);</li> <li>- втратою (пошкодженням) особистого майна, яке перебувало в житлі, що постраждало внаслідок ракетних обстрілів, терористичних актів з боку Російської Федерації на підконтрольній території України. грошова допомога у зв'язку з невиліковною хворобою, хворобою, що потребує тривалого лікування, потребою в реабілітації, отриманням тілесних ушкоджень (контузія, травма, каліцтво) внаслідок ворожих обстрілів країною агресором (<b>заповнюється додаток до заяви*</b>);</li> <li>- звільненням з полону;</li> <li>- смертю членів сім'ї.</li> </ul>	
<p>Грошова допомога непрацюючим особам, які мають інвалідність або досягли похилого віку (65 років і старше)</p> <p><b>Про себе повідомляю (прописати)</b></p> <p>_____ (працюю/не працюю);</p> <p>_____ (перебуваю/не перебуваю на повному державному утриманні);</p> <p>_____ (інвалідність, за наявності вказати групу)</p>	
<p>Грошова допомога особам, які мають дитину з інвалідністю</p> <p><b>ПІБ дитини з інвалідністю, дата народження</b></p> <p>_____ (дитина перебуває/не перебуває на повному державному утриманні);</p> <p>_____ (підгрупа А, вказати за наявності)</p> <p><b>ПІБ дитини з інвалідністю, дата народження</b></p> <p>_____ (дитина перебуває/не перебуває на повному державному утриманні);</p> <p>_____ (підгрупа А, вказати за наявності)</p>	
<p>Грошова допомога до Дня захисту дітей родинам з дітьми пільгових категорій</p> <p><b>ПІБ дитини/дітей, дата народження</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>Грошова допомога при народженні дитини (вказати ПІБ дитини, дату народження)</p> <p>_____</p>	

Грошова допомога на дітей для вирішення соціально-побутових питань ПІБ дитини/дітей, дата народження: _____ _____ _____ _____	
---	--

**\*Звертаємо увагу на необхідність заповнення додатку до заяви - Інформація про обставини, доходи та майновий стан, що додається, на зазначені допомоги!**

**До заяви додаються:**

1. копія паспорта \_\_\_\_\_
2. копія довідки про присвоєння реєстраційного номера облікової картки платника податків \_\_\_\_\_
3. копія довідки про взяття на облік внутрішньо переміщеної особи \_\_\_\_\_
4. перелік інших довідок/документів/посвідчень та/або їх копій необхідних для прийняття рішення \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Призначену допомогу прошу перераховувати на рахунок у банку \_\_\_\_\_  
(назва банку)

Реквізити додаються на \_\_\_\_\_ арк.

У разі зміни обставин, які можуть вплинути на виплату допомоги (зміна реєстрації місця проживання, паспорту, реквізитів банківського рахунку, тощо), зобов'язуюсь у 10-денний строк повідомити про це управління праці та соціального захисту населення виконавчого комітету Бердянської міської ради Запорізької області, тел. 0680793865

\_\_\_\_\_  
(підпис заявника / уповноваженого представника)

\_\_\_\_\_  
(дата)

Я, \_\_\_\_\_,  
несу персональну відповідальність за достовірність наданих документів та надаю згоду на використання та обробку персональних даних за умови забезпечення їх захисту відповідно до вимог Закону України «Про захист персональних даних».

\_\_\_\_\_  
(підпис заявника / уповноваженого представника)

\_\_\_\_\_  
(дата)

-----  
(відривний корінець)

Заяву та документи для надання грошової допомоги на \_\_\_\_\_ аркушах прийнято \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ року.

\_\_\_\_\_  
(підпис)

\_\_\_\_\_  
(ініціали та прізвище відповідальної особи)