Зразок заяви до додатка 3 Програми

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 |
|---|---|
| **1. Соціальна підтримка військових, ветеранів війни та членів їх сімей** | |
| 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:<br>які отримали поранення, травму, каліцтво або захворювання під час проходження військової служби або захисту Батьківщини;<br>які звільнилися з військової служби за станом здоров'я;<br>звільненим з полону | |
| Одноразова грошова допомога членам сімей загиблих військовослужбовців | |
| Одноразова грошова допомоги 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. | |
| **2. Відзначення жителів громади до пам'ятних дат/державних свят** | |
| 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 | |
| **3. Підтримка осіб/сімей, які перебувають у складних життєвих обставинах, та родин з дітьми, які потребують уваги** | |
| Грошова допомога жителям громади, які перебувають у складних життєвих обставинах у зв'язку з:<br>невиліковною хворобою, хворобою, що потребує тривалого лікування, потребою в реабілітації, отриманням тілесних ушкоджень (контузія, травма, каліцтво) внаслідок ворожих обстрілів країною агресором **(заповнюється додаток до заяви*)**;<br>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 **(заповнюється додаток до заяви*)**;<br>звільненням з полону;<br>смертю членів сім'ї. | |
| Грошова допомога непрацюючим особам, які мають інвалідність або досягли похилого віку (65 років і старше)<br>**Про себе повідомляю (прописати)**<br>_____ (працюю/не працюю);<br>_____ (перебуваю/не перебуваю на повному державному утриманні);<br>_____ (інвалідність, за наявності вказати групу) | |
| Грошова допомога особам, які мають дитину з інвалідністю<br>**ПІБ дитини з інвалідністю, дата народження**<br>_____<br>_____ (дитина перебуває/не перебуває на повному державному утриманні);<br>_____ (підгрупа А, вказати за наявності)<br>**ПІБ дитини з інвалідністю, дата народження**<br>_____<br>_____ (дитина перебуває/не перебуває на повному державному утриманні);<br>_____(підгрупа А, вказати за наявності) | |
| Грошова допомога до Дня захисту дітей родинам з дітьми пільгових категорій<br>**ПІБ дитини/дітей, дата народження** __<br>_____<br>_____<br>_____ | |
| Грошова допомога при народженні дитини (**вказати ПІБ дитини, дату народження**)<br>_____ | |

| | |
|---|---|
| Грошова допомога на дітей для вирішення соціально-побутових питань<br>**ПІБ дитини/дітей, дата народження:** ___________________________________________<br>_______________________________________________________________<br>_______________________________________________________________<br>_______________________________________________________________<br>_______________________________________________________________ | |

***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)