**Ф-01/ІК-39/11/42**

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

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

 Прізвище

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

 Ім’я

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

 По батькові

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

 Соціальний стан (пільги, група інвалідності)

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

 **АДРЕСА**

 Місто

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

 Вулиця

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

 Номер будинку Номер квартири

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

 Номер телефону

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

**ЗАЯВА**

 Прошу направити в 20\_\_ році на оздоровлення мого/мою сина/дочку/ підопічного/підопічну \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(прізвище, ім’я, по батькові дитини, дата народження)

учня/ученицю\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ класу, навчального закладу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \*студента групи

Пільгова категорія: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дані про батьків/опікуна (прізвище, ім’я, по батькові, місце роботи, посада):

Мати / опікун: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Батько / опікун: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Прошу надати путівку на оздоровлення у ДП УДЦ «Молода гвардія» / ДПУ «МДЦ «Артек» – у \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ період (зміну).

**Перелік документів, що додаються:**

1. Свідоцтво про народження дитини (копія).

2.Паспорт громадянина України (за наявності).

3.Документи про належність дитини до пільгової категорії:

-дитини-сироти;

-дитини, позбавленої батьківського піклування;

-рідної дитини батьків-вихователів або прийомних батьків, які проживають в одному дитячому будинку сімейного типу або в одній прийомній сім’ї;

-дитини з малозабезпеченої сім’ї;

-дитини особи, визнаної учасником бойових дій відповідно до [пунктів 19-24](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3551-12#n73) частини першої статті 6 Закону України “Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту”;

-дитини, один із батьків якої загинув (пропав безвісти) у районі проведення антитерористичної операції, здійснення заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях, бойових дій чи збройних конфліктів або помер внаслідок поранення, контузії чи каліцтва, одержаних у районі проведення антитерористичної операції, здійснення заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях, бойових дій чи збройних конфліктів, а також внаслідок захворювання, одержаного у період участі в антитерористичній операції, у здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях;

-дитини загиблого (померлого) із числа осіб, визначених у [частині першій](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3551-12#n657) статті 10-1 Закону України “Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту”;

-дитини, зареєстрованої як внутрішньо переміщена особа, яка отримує допомогу на проживання внутрішньо переміщеним особам.

4.Довідка з місця навчання дитини про те, що у поточному році дитина не забезпечувалась безоплатною та пільговою путівкою до дитячого оздоровчого закладу за кошти державного та місцевого бюджетів (подається у департамент соціальної та ветеранської політики не раніше, ніж за місяць до від’їзду групи).

Підписанням цієї заяви не заперечую та даю згоду на обробку персональних даних для отримання адміністративної послуги у департаменті «Центр надання адміністративних послуг у місті Луцьку» Луцької міської ради.

Мені відомо про мої права, визначені Законом України «Про захист персональних даних».

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

 (дата) (підпис)

У разі відсутності путівки у заявлений період (зміну) або заявленої вартості, згідна (-ий) на путівку в інший період (зміну), інший табір, іншої вартості. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата) (підпис)

У разі відмови від оздоровлення повідомлена (-ий) про те, що повинна (-ен) з’явитися у департамент соціальної та ветеранської політики чи ЦНАП та написати відповідну заяву (відмову).

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

 (дата) (підпис)