**Ф-01-74/11/48**

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

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

Прізвище

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | О | л | і | ф | е | р | ч | у | к |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Ім’я

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | І | г | о | р |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

По батькові

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | П | е | т | р | о | в | и | ч |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Адреса

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Л | у | ц | ь | к |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | В | и | н | н | и | ч | е | н | к | а |  | 4 |  | 2 | 1 |  |

Пенсійне посвідчення

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2 | 5 | 8 | 1 | 3 | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Контактний номер мобільного телефону

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0 | 6 | 6 | 2 | 3 | 4 | 5 | 2 | 1 | 0 |  |  |  |

**ЗАЯВА**

Прошу призначити щорічну допомогу на оздоровлення особі з інвалідністю, дитині з інвалідністю (необхідне підкреслити) постраждалій внаслідок дії вибухонебезпечних предметів.

Надаю згоду на обробку моїх персональних даних виключно з метою призначення щорічної допомоги на оздоровлення особі з інвалідністю, дитині з інвалідністю, постраждалій внаслідок дії вибухонебезпечних предметів.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Перелік копій документів, що додаються:** | | |
| 1. Паспорт громадянина України/тимчасове посвідчення громадянина України/посвідка на постійне проживання/посвідка на тимчасове проживання/посвідчення біженця. 2. Свідоцтво про народження дитини; 3. Реєстраційний номер облікової картки платника податків; 4. Документ, що підтверджує встановлення над дитиною-сиротою, дитиною, позбавленою батьківського піклування, опіки, піклування / влаштування таких дітей на цілодобове перебування до закладів різних типів, форм власності та підпорядкування / влаштування дитини-сироти, дитини, позбавленої батьківського піклування, в прийомну сім’ю, дитячий будинок сімейного типу; 5. Довідка медико-соціальної експертної комісії про групу і причину інвалідності (особам віком від 18 років) або висновок лікарсько-консультативної комісії закладу охорони здоров’я про встановлення категорії “дитина з інвалідністю” (дітям віком до 18 років). 6. Заява про перерахування коштів щорічної допомоги на оздоровлення із зазначенням рахунка в установі банку.   08.08.2024 Оліферчук І.П. | | |
| (дата) |  | (підпис) |

|  |
| --- |
| Заяву та документи на \_\_\_аркушах прийнято “\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”\_\_р. та зареєстровано в реєстрі під № \_\_\_\_\_\_ Для розгляду заяви необхідно додати до “\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_р. Такі документи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_“Ознайомився”\_\_\_ Оліферчук І.П.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвища та підпис відповідальної особи) (підпис заявника, законного представника) |
| Лінія відрізу |
| Заяву та документи на \_\_\_аркушах прийнято “\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”\_\_р. та зареєстровано в реєстрі під № \_\_\_\_\_\_ Для розгляду заяви необхідно додати до “\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_р. такі документи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_“Ознайомився”\_\_\_ Оліферчук І.П.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвища та підпис відповідальної особи) (підпис заявника, законного представника) |