**Ф-01/ІК-11.9-2/23**

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

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

 Прізвище

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| І | в | а | ш | к | і | в |  |  |  |  |  |  |

Ім’я

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| О | л | ь | г | а |  |  |  |  |  |  |  |  |

По батькові

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| О | л | е | к | с | а | н | д | р | і | в | н | а |

**АДРЕСА**

Місто, село

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

Вулиця

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Б  | а | л | к | о | в | а |  |  |  |  |  |  |

Номер будинку Номер квартири

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |

Номер контактного мобільного телефону

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

**ЗАЯВА**

Прошу надати щомісячну грошову допомогу:

**V** як особі з інвалідністю з пересадженими органами;

**□**як законному представнику дитини з інвалідністю з пересадженими органами.

**Перелік документів, що додаються:**

1. Паспорт громадянина України (копія).
2. Документ про присвоєння реєстраційного номера облікової картки платника податків (копія).
3. Свідоцтво про народження для дітей (копія).
4. Висновок медико-соціальної експертної комісії, лікувально-консультативної комісії лікувально-профілактичного закладу (для дітей з інвалідністю) про встановлення інвалідності (копія).
5. Довідка, видана медичними закладами щодо пересадки органів.
6. Довідка про відкриття поточного рахунку в установі уповноваженого банку.

Підписанням цієї заяви не заперечую та даю згоду на обробку персональних даних для отримання адміністративної послуги у департаменті соціальної та ветеранської політики Луцької міської ради.

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

\_\_\_23.08.2024\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ПІДПИС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата) (підпис)