ЗАТВЕРДЖЕНО

розпорядженням начальника

Мирноградської міської військової адміністрації від 01.04.2025 №659р (зі змінами)

Начальнику Управління соціального захисту

населення Мирноградської міської ради

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

(прізвище, ім’я, по батькові заявника)

Дата народження \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адреса місця реєстрації проживання

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

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

Фактичне місце проживання \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Паспортні дані \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(серія, номер, дата видачі та ким виданий)

РНОКПП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактний телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заява

Прошу надати одноразову матеріальну допомогу до Міжнародного дня людей з інвалідністю у 2025 році.

До зави додаю (відмітити позначкою):

 копію документа, що посвідчує особу заявника;

 копію довідки про присвоєння реєстраційного номера облікової картки платника податків (крім осіб, які через релігійні переконання відмовились від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідний орган державної податкової служби і мають відмітку в паспорті);

 витяг про місце проживання з реєстру територіальної громади. В окремих випадках, якщо особа не може надати витяг про місце проживання, зазначену інформацію може отримати Управління на підставі запиту до відповідних органів;

 копію довідки про взяття на облік внутрішньо переміщеної особи (у разі наявності);

 довідку про розмір пенсії або державної соціальної допомоги. В окремих випадках, якщо особа не може надати довідку про розмір пенсії або державної соціальної допомоги, зазначена інформація визначається на підставі наявних в Управлінні даних або на підставі запиту до відповідних органів;

 копія документа який підтверджує статус «особа з інвалідністю»;

 номер банківського рахунку заявника (за стандартом IBAN);

 інші документи у разі необхідності.

Повідомляю, що на даний час не працюю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис, власне ім’я, прізвище).

Я даю згоду на обробку, використання та збереження моїх персональних даних відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис, власне ім’я, прізвище).

Несу персональну відповідальність за достовірність наданих мною даних \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.(підпис, власне ім’я, прізвище).

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

(дата) (підпис, власне ім’я, прізвище)