

Керівнику-_____ (найменування територіального органу соціального захисту населення)

_____ (прізвище, ім'я, по батькові особи, яка подає заяву)

_____ (адреса місця проживання)

ЗАЯВА

Прошу надати одноразову адресну грошову допомогу на оплату тимчасового проживання як особі, що супроводжує

_____ (прізвище, ім'я, по батькові учасника антитерористичної операції)

на лікування в _____ (назва медичного закладу, в якому перебуває учасник антитерористичної операції)

Грошову допомогу прошу перерахувати _____ (назва банківської установи та номер рахунку)

Копія паспорта перша і друга сторінки із зазначенням відомостей про реєстрацію місця проживання) або іншого документа, що підтверджує особу громадянина України; копія документа, що засвідчує реєстрацію у Державному реєстрі фізичних осіб - платників податків (з урахуванням положень статті 63 Податкового кодексу України); копія документа, що підтверджує безпосередню участь особи у виконанні завдань антитерористичної операції (копія посвідчення учасника бойових дій); медична довідка про стан здоров'я учасника антитерористичної операції, якого супроводжує особа на лікування у медичний заклад, додаються на _____ арк.

Даю згоду на обробку персональних даних відповідно до Закону України «Про захист персональних даних».

_____ року

_____ (підпис особи, яка подає заяву)