

**ЗАТВЕРДЖЕНО**

Наказ Міністерства соціальної  
політики України

31 серпня 2017 року № 1381

До органу соціального захисту населення, Мінсоцполітики (необхідне підкреслити або зазначити) \_\_\_\_\_  
від непрацюючої малозабезпеченої особи, особи з інвалідністю, законного представника особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю (необхідне підкреслити або зазначити) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ,  
(вказати повністю прізвище, ім'я, по батькові)

\_\_\_\_\_ ,  
(для осіб з інвалідністю вказати причину та групу інвалідності)

місце проживання (zareestrovaniy (zareestrovana) за адресою)

\_\_\_\_\_ ,  
(вказати район, населений пункт, вулицю, номер будинку, номер квартири)

паспорт: серія \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ , виданий \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Р.,  
реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія та номер паспорта (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовились від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків, офіційно повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають про це відмітку в паспорті) \_\_\_\_\_ ,

контактний телефон \_\_\_\_\_

**ЗАЯВА**

**про надання одноразової матеріальної допомоги**

Прошу надати мені, на підопічного, на дитину з інвалідністю (необхідне підкреслити або зазначити) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ,  
(якщо звертається законний представник, то вказати повністю П.І.Б., причину та групу інвалідності, дані паспорта (свідоцтва про народження), місце проживання (реєстрації) підопічного, дитини з інвалідністю)

одноразову матеріальну допомогу у зв'язку з \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ,  
(вказати, з якої причини заявник звертається за допомогою та на що її буде використано)

Прошу в разі призначення допомоги кошти перерахувати шляхом поштового переказу № \_\_\_\_\_ або на особовий банківський рахунок непрацюючої малозабезпеченої особи, особи з інвалідністю, законного представника дитини з інвалідністю № \_\_\_\_\_ ,  
МФО \_\_\_\_\_ , код \_\_\_\_\_ , банк \_\_\_\_\_ .

Даю згоду на використання моїх персональних даних, що будуть внесені до централізованого банку даних з проблем інвалідності з метою визначення права на

призначення мені одноразової матеріальної допомоги, а також для ведення реєстру виплат (перерахування) одноразової матеріальної допомоги та підготовки звіту про використання бюджетних коштів.

До заяви додаю:

1) для непрацюючих малозабезпечених осіб:

ксерокопію паспорта;

ксерокопію пенсійного посвідчення або посвідчення отримувача державної соціальної допомоги;

ксерокопію довідки про присвоєння реєстраційного номера облікової картки платника податків (крім фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовились від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків, офіційно повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають про це відмітку в паспорті);

2) для осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю, одного з батьків, опікуна, піклувальника, законного представника:

ксерокопію паспорта та / або свідоцтва про народження дитини з інвалідністю (у разі потреби – ксерокопію паспорта законного представника та документа, що підтверджує його повноваження);

ксерокопію довідки про присвоєння реєстраційного номера облікової картки платника податків (крім фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовились від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків, офіційно повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають про це відмітку в паспорті);

ксерокопію висновку медико-соціальної експертної комісії, лікувально-консультативної комісії лікувально-профілактичного закладу (для дітей з інвалідністю) про встановлення інвалідності.

\_\_\_\_\_ 20\_\_ року

\_\_\_\_\_  
(підпис заявника або законного представника)

Заяву про надання одноразової матеріальної допомоги та документи до неї отримано від \_\_\_\_\_

(прізвище, ім'я та по батькові заявника)

\_\_\_\_\_ 20\_\_ року.

\_\_\_\_\_  
(посада уповноваженої особи)

\_\_\_\_\_  
(підпис)

\_\_\_\_\_  
(прізвище, ім'я та по батькові)

**АНКЕТА**  
**МАЛОЗАБЕЗПЕЧЕНОЇ ОСОБИ**

П.І.Б. \_\_\_\_\_

Адреса \_\_\_\_\_

Рік народження \_\_\_\_\_ № пенс.справи. \_\_\_\_\_

Статус: ІВВВ, УБД, УВВВ, СПВ, ВТ, ДВ (підкреслити) останнє місце праці(звідки пішов на пенсію).

Додатковий дохід(працює -з/п, соціальна допомога, стипендія, пай)

Обслуговування територіальним центром

: \_\_\_\_\_

Тип житла: приватний дім, квартира, кімната в гуртожитку (підкреслити)

Загальна площа житла: \_\_\_\_\_

Отримує сім'я субсидію (да, ні, причина)

Компенсація за надання соціальних послуг (да, ні, причина) \_\_\_\_\_

Склад сім'ї	рік народження	Місце проживання	Інформація <b>про доходи</b> Працює, навчається
Дружина(чоловік)			
Діти:			

Відомости про сім'ю:

Підпис \_\_\_\_\_