До управління праці та соціального захисту населення

Червоноградської міської ради

Від \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

зареєстрований(-а) ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

фактично проживаю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ідентифікаційний № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

ЗАЯВА

|  |  |
| --- | --- |
| Назва допомоги/пільги | Зазначити необхідне |
| Щомісячна доплата до пенсії ветеранам УПА |  |
| Щомісячна доплата до пенсії реабілітованим громадянам за ст.1 Закону України «Про реабілітацію жертв репресій комуністичного тоталітарного режиму 1917-1991 років» (в редакції, що діяла до 05.05.2018) |  |
| Щомісячна адресна грошова допомога сім’ям, в яких зареєстровано двоє і більше непрацюючих осіб з інвалідністю І та ІІ груп |  |
| Щомісячна адресна грошова допомога непрацюючим одиноким особам з інвалідністю І групи загального захворювання |  |
| Щомісячна адресна грошова допомога особам з інвалідністю по зору І та ІІ групи |  |
| Щомісячна адресна грошова допомога на часткове відшкодування вартості житла (квартплати) реабілітованим громадянам відповідно до ст. 3 Закону України «Про реабілітацію жертв репресій комуністичного тоталітарного режиму 1917-1991 років»(в редакції, що діяла до 05.05.2018) |  |
| Щомісячна адресна грошова допомога громадянам, які проходять курс гемодіалізу |  |
| Пільги з оплати житлово-комунальних послуг в грошовій готівковій формі ветеранам УПА, вдовам ветеранів УПА, вдовам політв’язнів |  |
| Пільги в грошовій готівковій формі з оплати житлово-комунальних послуг учасникам бойових дій бійцям-добровольцям АТО |  |
| Пільги з оплати вартості послуг зв’язку окремим категоріям громадян |  |
| Допомога на поховання деяких категорій осіб |  |
| Одноразова грошова допомога громадянам, які прийняті на військову службу за контрактом до Збройних сил України та інших військових формувань |  |
| Одноразова грошова допомога при присвоєнні звання «Почесний громадянин Червоноградської міської територіальної громади» |  |
| Разова грошова допомога у зв’язку з нагородженням Відзнакою міського голови |  |
| Інше |  |

До заяви долучаю: копії :

1.Паспорт

2.Ідентифікаційний номер

3. Витяг з реєстру ТГ

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

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

У разі призначення допомоги/пільги кошти готівкою перераховувати

через національного оператора поштового зв’язку №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

на рахунок в установі банку ПриватБанк

(назва банку)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| U | A |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Про призначення/відмову в призначенні допомоги/пільги прошу мене повідомити:

в телефонному режимі

на електронну пошту\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

письмово

інше\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(зазначити спосіб)

Я та члени моєї сім’ї даємо згоду на обробку персональних даних, у тому числі на збір інформації про сім’ю, доходи, власність та майно, яка необхідна для отримання усіх видів допомоги/пільг, зазначених мною у заяві.

Яусвідомлюю,щонаведенімноювідомостіпроскладсім’ї,соціальнийстатус, доходитощо,щовплинулиабомогливплинутинавстановленняправанадопомогута/абовизначенняїїрозміру,будутьперевіренізгіднозчиннимзаконодавствомУкраїни.

Мене поінформовано про те, що в разі зміни обставин, які можуть вплинути на отримання мною допомоги/пільги, я повинен/повинна повідомити про це управління праці та соціального захисту населення Червоноградської міської ради у 10-ти денний термін.

Про відмову в призначенні або припинення виплати призначеної допомоги/пільги та/або повернення надміру нарахованих коштів у разі подання неповних чи недостовірних відомостей мене попереджено.

|  |
| --- |
| Заяву та документи на аркушах прийнято “ “ 20\_\_р.та зареєстровано під № .  Для розгляду заяви необхідно додати до “ “ 20\_\_р. такі документи:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ “Ознайомився“  (прізвище та підпис відповідальної особи) (підпис заявника, уповноваженого представника) |

|  |
| --- |
| Заяву та документи на аркушах прийнято “ “ 20\_\_р.та зареєстровано під № .  Для розгляду заяви необхідно додати до “ “ 20\_\_р. такі документи:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ “Ознайомився“  (прізвище та підпис відповідальної особи) (підпис заявника, уповноваженого представника) |