До (виконавчий орган)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Від(ПІБ)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт (серія і помер/ номер, дата видачі, орган видачі)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адреса зареєстрованого місця проживання *:* (поштовий індекс, область, район, населений пункт, вулиця, номер будинку, номер квартири) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Адреса фактичного місця проживання*:* (поштовий індекс, область, район, населений пункт, вулиця, номер будинку, номер квартири)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Номер телефону:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВА про складення та видачу Акта встановлення факту здійснення догляду

 **для перетину державного кордону України**

***\*/.*** Якщо Заява подається особою, яка здійснює догляд/постійний догляд

Я*,* (ПІБ заявника) *,* здійснюю

(обрати необхідне)

* догляд *\** (якщо за своїми батьками чи батьками дружини (чоловіка), які є особами з інвалідністю І чи II групи)
* постійний догляд

*за* (ПІБ особи, за якою здійснюється догляд/постійний догляд)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, який/яка

(обрати необхідне)

• є особою з інвалідністю групи

• потребує постійного стороннього догляду відповідно до висновку ЛКК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (реквізити Висновку)

(ПІБ особи, за якою здійснюється догляд/постійний догляд)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ має намір виїхати за кордон у моєму супроводі, можливість чого передбачена п. 21 Правил перетинання державного кордону громадянами України, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 27 січня 1995 № 57.

Відповідно до вищенаведеного, прошу протягом 5 робочих днів з дня надходження цієї Заяви скласти Акт встановлення факту здійснення догляду (надалі - Акт) мною за (ПІБ особи, за якою здійснюється догляд/постійний догляд) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_та

(обрати необхідне)

* видати такий Акт мені особисто;
* надіслати мені такий Акт засобами поштового зв'язку за адресою: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Повідомляю про готовність прийняти Комісію з питань встановленняфакту здійснення догляду за адресою: (адреса фактичного місця проживання особи, за *якою здійснюється догляд/постійний догляд)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Датута час візиту прошу погодити зі мною завчасно (обрати необхідне)за номером

телефону або (інший спосіб повідомлення).

***\*//.*** Якщо Заява подається особою з інвалідністю І чи II групи

Я, (ПІБ заявника)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* є особою з

інвалідністю групи.

(ПІБ особи, яка здійснює догляд/постійний догляд)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  здійснює за мною

(обрати необхідне)

*•* догляд *\** (якщо за своїми батьками чи батьками дружини (чоловіка))

• постійний догляд.

Я (ПІБ заявника) \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_маю намір виїхати за кордон *у* супроводі (*ПІБ особи, яка здійснює догляд/постійний догляд*),

можливість чого передбачена п. 21 Правил перетинання державного кордону громадянами України, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 27 січня 1995 №57.

Відповідно до вищенаведеного, прошу протягом 5 робочих днів з дня надходження цієї Заяви скласти Акт встановленняфакту здійснення догляду (надалі - Акт) за мною (ПІБ особи, яка здійснює догляд/постійний догляд) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ та

(обрати необхідне)

* видати такий Акт мені особисто
* надіслати мені такий Акт засобами поштового зв'язку за адресою: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Повідомляю про готовність прийняти Комісію з питань встановленняфакту здійснення догляду за адресою: (адреса фактичного місця проживання особи, за *якою здійснюється догляд/постійний догляд*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Дату та час візиту прошу погодити зі мною завчасно (обрати необхідне) за номером

телефону або (інший спосіб повідомлення).

Додатки:

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_ року (ПІБ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ (підпис) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/