

(найменування структурного підрозділу, на який покладено функції з питань ветеранської політики, районної, районної у м. Києві та Севастополі держадміністрації, виконавчого органу міської, районної у місті ради)

(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) заявника)

(дата народження)

(реєстраційний номер облікової картки платника податків)

(адреса задекларованого/зареєстрованого місця проживання (перебування))

(адреса фактичного місця проживання (для внутрішньо переміщених осіб))

(номер телефону)

(адреса електронної пошти)

(серія та/або номер посвідчення особи з інвалідністю внаслідок війни, члена сім'ї загиблого (померлого) Захисника чи Захисниці України, учасника бойових дій, учасника війни (за наявності))

Заява

Прошу встановити мені (моїй дитині) _____

(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) особи, якій надається статус)

статус члена сім'ї загиблого (померлого) ветерана війни відповідно до статті 10 Закону України "Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту" у зв'язку з загибеллю (смертю/зникненням безвісти)

(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності))

загиблої (померлої) особи)

* У разі зміни сімейного стану (повторно зареєстровано шлюб (для дружини (чоловіка) загиблої (померлої) особи) або зареєстровано шлюб чи народжено (усиновлено) дитину (для дітей загиблої (померлої) особи) зобов'язуюсь повідомити про це не пізніше ніж протягом 30 календарних днів _____.

(підпис заявника)

(дата)

(підпис)