Комісії з надання одноразової грошової допомоги Лисичанської міської військової адміністрації Сіверськодонецького району Луганської області

_____

_____

(прізвище, ім’я, по батькові (за наявності))

_____

_____

_____

(адреса зареєстрованого місця проживання)

_____

_____

_____

(адреса фактичного місця проживання)

_____

(номер мобільного телефону)

ЗАЯВА

Прошу надати мені одноразову грошову матеріальну допомогу, як особі, яка досягла 80-річного віку.

До заяви додаю:

_____

_____

_____

_____

_____

_____ _____

(дата) (підпис)