

**Комісії з надання одноразової
грошової матеріальної допомоги
Захисникам і Захисницям України**

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

(адреса зареєстрованого місця проживання)

(адреса фактичного місця проживання)

(номер телефону)

ЗАЯВА

Прошу надати мені одноразову щорічну грошову допомогу як особі з інвалідністю внаслідок війни _____ групи.

До заяви додаю: _____

(дата)

(підпис)