

Комісії з надання одноразової
грошової матеріальної допомоги
Захисникам і Захисницям України
Лисичанської міської
військової адміністрації
Сіверськодонецького району
Луганської області

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

(адреса зареєстрованого місця проживання заявника у
Лисичанській міській територіальній громаді)

(адреса фактичного місця проживання заявника)

(номер телефону)

ЗАЯВА

Прошу надати мені _____ грошову допомогу,
як:

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

☐ учаснику у заходах, необхідних для забезпечення оборони України,
захисту безпеки населення та інтересів держави у зв'язку з військовою агресією
Російської Федерації проти України;

☐ дружині/чоловіку загиблого (померлого) Захисника (Захисниці),

(вказати прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) загиблого (померлого) Захисника (Захисниці))

у зв'язку з народженням дитини після початку (24.02.2022) повномасштабного
вторгнення Російської Федерації в Україну.

До заяви додаю:

(дата)

(підпис)