

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

(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності)
уповноваженого представника дитини)

(адреса зареєстрованого місця проживання у
Лисичанській міській територіальній громаді
уповноваженого представника дитини)

(адреса фактичного місця проживання уповноваженого
представника дитини)

(номер телефону)

ЗАЯВА

Прошу надати мені

(зазначити прізвище, ім'я, по батькові (за наявності), уповноваженого представника дитини)

як уповноваженому представнику дитини (дітей) щорічну одноразову грошову
матеріальну допомогу дітям-сиротам, дітям, позбавленим батьківського піклування,
дітям з інвалідністю, дітям з багатодітних сімей (*потрібне підкреслити*) на дитину
(дітей):

_____, _____ року народження
(зазначити прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) дитини (дітей)

_____, _____ року народження

_____, _____ року народження

_____, _____ року народження

Додатки:

(дата)

(підпис)