

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) уповноваженого
представника)

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

(адреса фактичного місця проживання уповноваженого
представника)

(номер телефону)

ЗАЯВА

Прошу надати мені _____
(зазначити прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) уповноваженого представника)

грошову допомогу щокварталу на утримання дитини (дітей):

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

_____, _____ року народження

_____, _____ року народження

яка (які) є дитиною (дітьми) загиблого (померлого) Захисника (Захисниці) України
підкреслити необхідне

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

Дитина (діти) зареєстрована (ні) у Лисичанській міській територіальній громаді за
адресою: _____

У разі змін, що унеможливлюють подальшу виплату грошової допомоги (в документах дитини, зміна зареєстрованого місця проживання, повернення на тимчасово окуповану територію тощо), зобов'язуюся у триденний термін надіслати письмове повідомлення про ці обставини на електронну адресу (utszn0924@gmail.com) УСЗН.

До заяви додаю:

(дата)

(підпис)

ЗГОДА
на збір інформації та обробку персональних даних

Я, _____ шляхом підписання цього тексту, відповідно до Закону України «Про захист персональних даних», надаю згоду Лисичанській міській військовій адміністрації Сіверськодонецького району Луганської області та її структурним підрозділам, на збір, обробку та зберігання моїх особистих даних у картотеках та/або за допомогою інформаційно-пошукової системи обліку звернень громадян з метою її обробки згідно Закону України «Про звернення громадян».

(дата)

(підпис)