

Комісії з надання одноразової
грошової матеріальної допомоги
Захисникам і Захисницям України

(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) заявника)

як уповноваженому представнику дитини (дітей) одноразову матеріальну
допомогу до Дня Святого Миколая та новорічних свят на дитину (дітей):

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

_____, _____ року народження
_____, _____ року народження

учасника бойових дій / особи з інвалідністю внаслідок війни /
військовослужбовця /

(зазначити прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) УБД / особи з інвалідністю внаслідок війни / військовослужбовця)

загиблого (померлого, зниклого безвісти) Захисника/Захисниці України
підкреслити необхідне

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

Додатки:

(дата)

(підпис)