

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

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

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

(адреса фактичного місця проживання
уповноваженого представника сім'ї)

(номер телефону)

ЗАЯВА

Прошу надати мені

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

як уповноваженому представнику сім'ї одноразову матеріальну допомогу з нагоди
Дня знань на дитину (дітей):

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

_____, _____ року народження

_____, _____ року народження

яка (які) навчається (ються):

(зазначити найменування закладу загальної середньої освіти, клас, онлайн/офлайн)

та яка є членом сім'ї:

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, пропавшого безвісти) Захисника (Захисниці))

Додатки: _____

(дата)

(підпис)