

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 _____

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

грошову допомогу щокварталу, як непрацездатному
батьку/матері (дружині/чоловіку) загиблого (померлого) Захисника (Захисниці)
(необхідне підкреслити)

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

У разі змін, що унеможливлюють подальшу виплату грошової допомоги
(зміна зареєстрованого місця проживання, реєстрація шлюбу, втрата статусу
особи з інвалідністю, повернення на тимчасово окуповану територію, тощо),
зобов'язуюся у триденний строк надіслати письмове повідомлення про ці
обставини на електронну адресу УСЗН (utszn0924@gmail.com).

До заяви додаю:

(дата)

(підпис)