Додаток до додатку 6 до рішення

42 сесії Менської міської ради

8 скликання 22.11.2023 №694

Начальнику Відділу  соціального захисту населення, сім’ї, молоді та охорони здоров’я  Менської  міської ради

від\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 (прізвище, ім’я, по батькові (за наявності) заявника)

Дата народження \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_        Зареєстроване/фактичне місце проживання \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Номер телефону\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ, що посвідчує особу:

Серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України (ID-картка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ким та коли виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВА**

Прошу надати допомогу на поховання військовослужбовця Збройних Сил України або інших військових формуваньУкраїни\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(ПІБ з зазначенням родинних відносин)*, який загинув /помер під час виконання заходів з захисту України \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(дата загибелі/смерті);*

До заяви додаю:

[ ] копія паспорта або іншого документу, що посвідчує особу заявника;

[ ] копія індивідуального податкового номера заявника;

[ ] копія свідоцтва про смерть загиблого /померлого;

[ ] копії документів про зв'язок загибелі /смерті з безпосередньою участю в бойових діях пов’язаних з захистом України ( витяг з наказу про виключення військовослужбовця зі списків особового складу, сповіщення про загибель, витяг з протоколу військово-лікарської комісії, щодо встановлення причинного зв’язку поранення (контузії, травми або каліцтва), захворювання, інші довідки тощо);

[ ] копії документів, що підтверджують родинні відносини заявника із загиблим/померлим;

[ ] інші документи ( за потреби)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

[ ] інформація про особовий рахунок, відкритий в установі банку.

\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_року             \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

        (дата)                                                                                                        (підпис)

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(прізвище, ім’я, по батькові)*

даю згоду на використання   та обробку персональних даних за умови забезпечення їх захисту відповідно до вимог Закону України “Про захист персональних даних”.

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_року             \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (дата)                                                                                                        (підпис)

Начальнику Відділу  соціального захисту населення, сім’ї, молоді та охорони здоров’я  Менської  міської ради

від\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 (прізвище, ім’я, по батькові (за наявності) заявника)

Дата народження \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_        Зареєстроване/фактичне місце проживання \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Номер телефону\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ, що посвідчує особу:

Серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України (ID-картка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ким та коли виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВА**

Прошу надати допомогу зв’язку з загибеллю військовослужбовця Збройних Сил України або інших військових формуваньУкраїни \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(ПІБ з зазначенням родинних відносин)* жителя громади, який загинув /помер під час виконання заходів з захисту України\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(дата загибелі/смерті);*

До заяви додаю:

[ ] копія паспорта або іншого документу, що посвідчує особу заявника;

[ ] копія індивідуального податкового номера заявника;

[ ] копія свідоцтва про смерть загиблого /померлого;

[ ] копії документів про зв'язок загибелі /смерті з безпосередньою участю в бойових діях пов’язаних з захистом України ( витяг з наказу про виключення військовослужбовця зі списків особового складу, сповіщення про загибель, витяг з протоколу військово-лікарської комісії, щодо встановлення причинного зв’язку поранення (контузії, травми або каліцтва), захворювання, інші довідки тощо);

[ ] копії документів, що підтверджують родинні відносини заявника із загиблим/померлим;

[ ] інші документи ( за потреби)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

[ ] інформація про особовий рахунок, відкритий в установі банку.

\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_року             \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

        (дата)                                                                                                        (підпис)

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(прізвище, ім’я, по батькові)*

даю згоду на використання   та обробку персональних даних за умови забезпечення їх захисту відповідно до вимог Закону України “Про захист персональних даних”.

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_року             \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

        (дата)                                                                                                        (підпис)

Начальнику Відділу  соціального захисту населення, сім’ї, молоді та охорони здоров’я  Менської  міської ради

від\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 (прізвище, ім’я, по батькові (за наявності) заявника)

Дата народження \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_        Зареєстроване/фактичне місце проживання \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Номер телефону\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ, що посвідчує особу:

Серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України (ID-картка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ким та коли виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВА**

Прошу надати щорічну допомогу, як члену сім’ї загиблого /померлого Захисника і Захисниці України відповідно Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(ПІБ з зазначенням родинних відносин)*

До заяви додаю:

[ ] копія паспорта або іншого документу, що посвідчує особу заявника;

[ ] копія індивідуального податкового номера заявника;

[ ] копія свідоцтва про смерть загиблого /померлого;

[ ] копії документів про зв'язок загибелі /смерті з безпосередньою участю в бойових діях пов’язаних з захистом України ( витяг з наказу про виключення військовослужбовця зі списків особового складу, сповіщення про загибель, витяг з протоколу військово-лікарської комісії, щодо встановлення причинного зв’язку поранення (контузії, травми або каліцтва), захворювання, інші довідки тощо);

[ ] копії документів, що підтверджують родинні відносини заявника із загиблим/померлим;

[ ] копія посвідчення «Члена сім’ї загиблого» або довідка, що підтверджує статус «Члена сім’ї загиблого».

[ ] інші документи ( за потреби)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

[ ] інформація про особовий рахунок, відкритий в установі банку.

\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_року             \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

        (дата)                                                                                                        (підпис)

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(прізвище, ім’я, по батькові)*

даю згоду на використання   та обробку персональних даних за умови забезпечення їх захисту відповідно до вимог Закону України “Про захист персональних даних”.

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_року             \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

        (дата)                                                                                                        (підпис)

Начальнику Відділу  соціального захисту населення, сім’ї, молоді та охорони здоров’я  Менської  міської ради

від\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 (прізвище, ім’я, по батькові (за наявності) заявника)

Дата народження \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_        Зареєстроване/фактичне місце проживання \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Номер телефону\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ, що посвідчує особу:

Серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України (ID-картка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ким та коли виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВА**

Прошу надати щорічну допомогу до Дня захисту дитини на\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ПІБ дитини з зазначенням родинних відносин та дати народж.)*, як члену сім’ї загиблого /померлого Захисника і Захисниці України відповідно Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(ПІБ з зазначенням родинних відносин)*

До заяви додаю:

[ ] копія паспорта або іншого документу, що посвідчує особу заявника;

[ ] копія індивідуального податкового номера заявника;

[ ] копія свідоцтва про смерть загиблого /померлого;

[ ] копії документів про зв'язок загибелі /смерті з безпосередньою участю в бойових діях пов’язаних з захистом України ( витяг з наказу про виключення військовослужбовця зі списків особового складу, сповіщення про загибель, витяг з протоколу військово-лікарської комісії, щодо встановлення причинного зв’язку поранення (контузії, травми або каліцтва), захворювання, інші довідки тощо);

[ ] копії документів, що підтверджують родинні відносини заявника із загиблим/померлим;

[ ] копія посвідчення «Члена сім’ї загиблого» або довідка, що підтверджує статус «Члена сім’ї загиблого».

[ ] інші документи ( за потреби)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

[ ] інформація про особовий рахунок, відкритий в установі банку.

\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_року             \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

        (дата)                                                                                                        (підпис)

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(прізвище, ім’я, по батькові)*

даю згоду на використання   та обробку персональних даних за умови забезпечення їх захисту відповідно до вимог Закону України “Про захист персональних даних”.

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_року             \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

        (дата)                                                                                                        (підпис)