Директору Департаменту
соціальної та ветеранської політики
Рівненської міської ради
Олені ПЕТРИК

_____
/прізвище, ім'я, по батькові/

_____
/адреса реєстрації/

_____
/телефон/

_____
/дружина, мама, батько, інші /

ЗАЯВА

Прошу надати матеріальну допомогу члену сім'ї загиблого (померлого) Захисника/Захисниці України за рахунок коштів Міської соціальної програми «Соціальний захист Захисників та Захисниць України та членів їхніх сімей» на 2024-2026 роки, затвердженої рішенням Рівненської міської ради від 23.11.2023 №4049 (зі змінами), далі – програма «Захисники України»:

_____
/прізвище, ім'я, по батькові загиблого (померлого) Захисника /Захисниці України/

□ **одноразову матеріальну допомогу на поховання,** відповідно до пункту 4.2 програми «Захисники України» в розмірі 20000,00 гривень;

□ **щоквартальну цільову соціальну виплату,** відповідно до підпункту 3 пункту 3.1 програми «Захисники України» в розмірі 3000,00 гривень;

□ **щорічну цільову соціальну виплату для вирішення соціально-побутових питань,** відповідно до підпункту 3 пункту 3.1 програми «Захисників України» в розмірі 10000,00 гривень;

□ **щомісячну цільову соціальну виплату дітям загиблих (померлих) Захисників України,** відповідно до пункту 3.1 програми «Захисників України» в розмірі 6000,00 гривень:

1)_____,
/прізвище, ім'я, по батькові дитини/

яка зареєстрована та фактично проживає в м. Рівному чи с-щі Квасилів_____
_____;
/адреса реєстрації дитини/

_____;
/навчальний заклад, який відвідує дитина в Рівненській міській територіальній громаді/

2)_____,
/прізвище, ім'я, по батькові дитини/

яка зареєстрована та фактично проживає в м. Рівному чи с-щі Квасилів_____
_____;
/адреса реєстрації дитини/

_____;
/навчальний заклад, який відвідує дитина в Рівненській міській територіальній громаді/

□ **щорічну цільову соціальну виплату з нагоди відзначення Дня матері**

відповідно до підпункту 4,6 пункту 3.1 програми «Захисники України» в розмірі 10000,00 гривень;

□ **щорічну цільову соціальну виплату з нагоди відзначення Дня батька** відповідно до підпункту 5 пункту 3.1 програми «Захисники України» в розмірі 10000,00 гривень;

Дану виплату прошу перераховувати на відкритий мною рахунок в _____ у випадку зміни місця реєстрації або інших умов зобов'язуюсь повідомити Департамент в 5-денний термін. _____ /Підпис/

У разі ненаданням мною інформації щодо зміни місця реєстрації або фактичного місця проживання, кошти виплачені мені відповідно до програми «Захисники України» зобов'язуюсь повернути _____ /Підпис/

До заяви додаю копії документів:

№ п/п	Найменування документа	Відмітка
1.	Копію свідоцтва про смерть загиблого (померлого) Захисника/Захисниці України;	
2.	Копію лікарського свідоцтва про смерть загиблого (померлого) Захисника/Захисниці України;	
3.	Копію сповіщення про смерть загиблого (померлого) Захисника/Захисниці України;	
4.	Копію посвідчення учасника бойових дій загиблого (померлого) Захисника/Захисниці України (за наявності);	
5.	Копія паспорта та ідентифікаційного номера (дружини/батьків/ дітей за наявності);	
6.	Копію свідоцтва про народження /одруження (за наявності) Захисника України;	
7.	Копію свідоцтва про народження дитини Захисника/Захисниці України (за наявності);	
8.	Копію довідки ВЛК (за наявності);	
9.	Копію довідки про безпосередню участь особи у заходах, необхідних для забезпечення оборони України, захисту безпеки населення та інтересів держави у зв'язку з військовою агресією російської федерації проти України (за наявності);	
10.	Копію довідки про реєстрацію місця проживання (дружини/ батьків/дітей);	
11.	Відкритий соціальний рахунок заявника у будь якому банку (дружини/ батьків/дітей).	

Даю згоду на збір та обробку персональних даних відповідно до Закону України «Про захист персональних даних». Обсяг моїх персональних даних, які оброблятимуться в базі персональних даних визначається відповідно до вимог законодавства України.

_____ (дата)

_____ (підпис)