

Додаток 2 до Порядку надання
щомісячної грошової допомоги
особам з інвалідністю з дитинства та
дітям з інвалідністю

ЗРАЗОК заяви

Начальнику управління праці та
соціального захисту населення ЕМР

(соціальний статус заявника)

(прізвище, ім'я, по батькові заявника)

(адреса реєстрації місця проживання)

(адреса фактичного місця проживання)

(контактний номер телефону)

(адреса електронної пошти)

заява.

Прошу призначити одноразово підвищений розмір щомісячної грошової
допомоги у 202__ році

☐ мені, як особі з інвалідністю з дитинства

☐ на особу з інвалідністю з дитинства

(прізвище, ім'я, по батькові особи з інвалідністю з дитинства)

☐ на дитину з інвалідністю віком до 18-ти років

(прізвище, ім'я, по батькові дитини з інвалідністю віком до 18-ти років)

До заяви додаю:

- ☐ копію виписки із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого/ копію довідки з медичного закладу про факт перебування на стаціонарному лікуванні)(обрати необхідне);
- ☐ інше _____
(вказати інший(-і) документ(-и))

Я, _____,
(прізвище, ім'я, по батькові заявника)

несу персональну відповідальність за достовірність наданої інформації, що впливає на призначення одноразово підвищеного розміру щомісячної грошової допомоги відповідно до Порядку надання щомісячної грошової допомоги особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю, затвердженого розпорядженням начальника міської військової адміністрації від 18.12.2025 №210, з яким ознайомлений/ознайомлена на сайті Енергодарської міської територіальної громади, щодо факту перебування такої особи на стаціонарному лікуванні, яке не пов'язане з проходженням курсу реабілітації, та дорівнює або перевищує 10-ть календарних днів (без оперативного втручання) або необмежено кількістю днів (з оперативним втручанням).

_____._____ 202__ р. _____
(дата) (підпис)

Я, _____,
(прізвище, ім'я, по батькові заявника)

даю згоду на обробку своїх персональних даних, персональних даних особи з інвалідністю з дитинства, яка перебуває під опікою/піклуванням // дитини з інвалідністю віком до 18-ти років та передачі їх третім особам відповідно до чинного законодавства України.

_____._____ 202__ р. _____
(дата) (підпис)

Про прийняте рішення прошу повідомити у зазначений спосіб (обрати один варіант):

- ☐ електронна пошта (E-mail): _____;
- ☐ заберу особисто у приміщенні КУ «Комп'ютерний інформаційно-обчислювальний центр ЗОР» за адресою: м. Запоріжжя, вул. Олександрівська, 44, каб. 26.

_____._____ 202__ р. _____
(дата) (підпис)

Заповнює представник заявника за довіреністю:

Я, _____
(прізвище, ім'я, по батькові представника)

подаю заяву та необхідні документи на призначення одноразово підвищеного розміру щомісячної грошової допомоги за довіреністю від

(прізвище, ім'я, по батькові заявника)

Для підтвердження своїх повноважень додаю:

- ☐ копію паспорта (сторінки 1-4)/ копію ID-картки *(обрати необхідне)*;
- ☐ копію довіреності.

Я, _____,
(прізвище, ім'я, по батькові представника)

даю згоду на обробку своїх персональних даних та передачі їх третім особам відповідно до чинного законодавства України.

_____._____ 202__ р.
(дата)

(підпис)

