

Додаток 2

до рішення виконавчого комітету міської ради
від _____ 2023 р. № _____

Івано-Франківському міському голові
Марцінківу Р.Р.

від _____

(Прізвище, ім'я, по батькові)

адреса фактичного місця проживання:

місто/село _____

вулиця _____

будинок, корпус _____

квартира _____

адреса реєстрації:

місто/село _____

вулиця _____

будинок, корпус _____

квартира _____

дата народження Захисника/Захисниці
України _____

(контактний номер телефону Захисника/Захисниці України)

(ПІБ, номер телефону уповноваженої особи, яка подала
заяву)

ЗАЯВА

Прошу виплатити мені відповідно до рішення виконавчого комітету Івано-Франківської міської ради від _____ 2023 року № _____ одноразову матеріальну допомогу, як Захиснику/Захисниці України для відновлення та реабілітації.

До заяви додаю:

- копію паспорта громадянина України, який належить Захиснику/Захисниці;
- копію реєстраційного номера облікової картки платника податків Захисника/Захисниці України;
- витяг з реєстру територіальної громади про реєстрацію місця проживання Захисника/Захисниці України на території Івано-Франківської міської територіальної громади або довідки внутрішньо переміщеної особи Захисника/Захисниці України, яка зареєстрована згідно Єдиної

інформаційної бази даних про внутрішньо переміщених осіб в населених пунктах Івано-Франківської міської територіальної громади;

- копію довідки МСЕК і посвідчення особи з інвалідністю внаслідок війни (при наявності);

-копію посвідчення учасника бойових дій (при наявності);

- копію документа про безпосередню участь у бойових діях (забезпеченні здійснення заходів з національної безпеки і оборони України, відсічі і стримуванні збройної агресії російської федерації проти України, виконання завдань за призначенням у районі ведення бойових дій) або 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);

- витяг з наказу про призначення на посаду (будь-яку) у військовій частині, яка розміщена на території Івано-Франківської міської територіальної громади (при наявності);

- консультативний висновок лікуючого або сімейного лікаря про потребу в реабілітаційному лікуванні, виданий не пізніше, ніж за 90 днів до подання заяви; або направлення на психологічну реабілітацію, видане КЗ «Дім воїна» за формою, затвердженою департаментом соціальної політики виконкому Івано-Франківської міської ради;

- реквізити рахунку Захисниці/Захисника України, відкритого в установі банку.

«___» _____ 2023 року

Підпис _____

Згода на збір та обробку моїх персональних даних. Відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» з метою ведення бази персональних даних, підготовки, відповідно до вимог законодавства, статистичної, адміністративної та іншої інформації, зазначаючи в цій формі свої персональні дані даю згоду на збір та обробку моїх персональних даних.