

ЗРАЗОК заяви

Начальнику управління праці та
соціального захисту населення ЕМР

(прізвище, ім'я, по батькові заявника(-ці))

(адреса реєстрації місця проживання)

(адреса місця фактичного проживання/перебування)

(контактний номер телефону)

(адреса електронної пошти)

заява.

Прошу надати мені грошову допомогу у зв'язку з оперативним
втручанням/стаціонарним лікуванням важкої нозології у дитини, яка має статус
внутрішньо переміщеної особи та якій не встановлено інвалідність

(прізвище, ім'я, по батькові дитини, дата народження)

До заяви подаю:

- ☐ копію паспорта (всі сторінки)/ копію ID-картки *(обрати необхідне)*;
- ☐ витяги про місце проживання дитини та особистий;
- ☐ копію реєстраційного номера облікової картки платника податків/
відмітку у паспорті про його відсутність *(обрати необхідне)*;
- ☐ довідку з банківської установи про відкриття особового рахунку за
стандартами IBAN:
назва банківської установи _____,
№ особового рахунку _____;
- ☐ копію(-ії) довідки(-ок) про взяття на облік внутрішньо переміщеної особи
у кількості ____ шт. *(вказати кількість довідок)*;
- ☐ копію свідоцтва про народження/ документ, що його замінює *(обрати
необхідне)*;
- ☐ копію документа, який підтверджує повноваження на представництво
інтересів дитини (за необхідності);

- ☐ копію виписки із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого за формою № 027/о / копію довідки з медичного закладу про перебування на стаціонарному лікуванні (*обрати необхідне*);
- ☐ інше _____

(вказати інший(-і) документ(-и))

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

несу персональну відповідальність за достовірність наданої інформації, що впливає на призначення грошової допомоги відповідно до Порядку надання грошової допомоги у зв'язку з оперативним втручанням та стаціонарним лікуванням важких нозологій у дітей, які мають статус внутрішньо переміщеної особи, затвердженого розпорядженням начальника міської військової адміністрації від 21.08.2025 №130 зі змінами від 17.10.2025 №168, з яким ознайомлений/ознайомлена на сайті Енергодарської міської територіальної громади.

_____. 202__ р.
(дата)

(підпис)

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

зобов'язуюсь протягом 10-ти робочих днів повідомити УПСЗН ЕМР про зміну обставин, які впливають на право одержання грошової допомоги, та усвідомлюю, що буду притягнутий/притягнута до повернення надміру виплачених та безпідставно одержаних коштів згідно з чинним законодавством України.

_____. 202__ р.
(дата)

(підпис)

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

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

_____. 202__ р.
(дата)

(підпис)

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

- ☐ адреса електронної пошти (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)