

Директору Департаменту соціального захисту населення
Запорізької обласної державної адміністрації
(найменування структурного підрозділу з питань соціального захисту
населення обласних, Київської та Севастопольської міських
держадміністрацій або управління виконавчої дирекції Фонду
соціального страхування України)

(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) заявника:
особи з інвалідністю / законного представника
недієздатної особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю)

(адреса зареєстрованого місця проживання особи
з інвалідністю / дитини з інвалідністю)

тел. заявника: _____

ЗАЯВА

Прошу забезпечити _____

— (зазначити необхідне: мене / особу з інвалідністю / дитину з інвалідністю
(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності))

автомобілем _____

(зазначити необхідне: з ручним керуванням / зі звичайним керуванням)

Мені роз'яснено, що відповідно до Порядку забезпечення осіб з інвалідністю автомобілями, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 19 липня 2006 року № 999 (зі змінами), на облік для забезпечення автомобілем береться особа з інвалідністю, дитина з інвалідністю у разі, якщо вона / її законний представник не мають в особистому користуванні автомобіля, у тому числі придбаного за власні кошти або отриманого через структурний підрозділ з питань соціального захисту населення обласних, Київської та Севастопольської міських держадміністрацій або управління виконавчої дирекції Фонду соціального страхування України (далі - структурний підрозділ з питань соціального захисту населення / управління виконавчої дирекції Фонду), що перебував в експлуатації менше ніж 10 років; та за умови, що протягом семи років перед взяттям на облік і за час перебування на обліку не отримувала автомобіль як благодійну / гуманітарну допомогу або протягом цього часу не реєструвала придбаний автомобіль, строк експлуатації якого менше ніж п'ять років. Крім того, протягом десяти років із дати отримання автомобіля особа з інвалідністю / законний представник недієздатної особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю може мати в особистому користуванні лише один автомобіль, отриманий через структурний підрозділ з питань соціального захисту населення, у тому числі за рахунок коштів місцевого бюджету і коштів, передбачених у бюджеті Фонду соціального страхування України, безоплатно або на пільгових умовах без права продажу, передачі та дарування іншій особі.

Повідомляю, що я маю (не маю) в особистому користуванні автомобіль(ля)

_____ (у разі наявності автомобіля зазначити марку, модель, рік випуску, серію, номер, дату отримання свідоцтва про реєстрацію транспортного засобу (технічного паспорта))

придбаний за власні кошти _____ / одержаний безоплатно або на
(дата придбання)

пільгових умовах _____ через структурний підрозділ з питань соціального
(дата отримання)

захисту населення або управління виконавчої дирекції Фонду, в тому числі автомобіль, отриманий як благодійна / гуманітарна допомога.

Мене попереджено про відповідальність за подання документів, які містять завідомо неправдиві дані.

Даю згоду на оброблення персональних _____ даних _____
(моїх)

_____ (особи з інвалідністю / дитини з інвалідністю прізвище, ім'я, по батькові (за наявності)
відповідно до вимог Закону України "Про захист персональних даних"*.

Мене поінформовано про права, визначені вищезазначеним Законом, мету збору персональних даних і подальше їх використання.

Мені повідомлено, що _____
(зазначити необхідне: мої / особи з інвалідністю / дитини з інвалідністю)

персональні дані буде внесено до централізованого банку даних з проблем інвалідності з метою забезпечення автомобілем.

_____ 20 ____ р.

(підпис, Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)

Заяву та документи на _____ аркушах прийнято _____ 20__ р. та зареєстровано за № _____	
Додатково для розгляду заяви необхідно до _____ 20__ р. подати такі документи: _____ _____	
_____ (підпис, Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ відповідальної особи)	Ознайомився (ознайомилась) _____ / _____ (підпис, Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
 -----(лінія відрізу)-----	
Заяву та документи на _____ аркушах прийнято _____ 20__ р. та зареєстровано за № _____	
Додатково для розгляду заяви необхідно до _____ 20__ р. подати такі документи: _____ _____	
_____ (підпис, Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ відповідальної особи)	Ознайомився (ознайомилась) _____ / _____ (підпис, Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)

* Оброблення персональних даних проводиться відповідно до Закону України "Про захист персональних даних".

До лікувально-профілактичного
закладу

НАПРАВЛЕННЯ

На виконання п.34 Порядку затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 19.07.2006 №999 «Деякі питання соціального захисту осіб з інвалідністю» направляємо особу з _____ групи інвалідністю _____

(вказати причину інвалідності та термін на який встановлено інвалідність)

(Прізвище, ім'я, по-батькові та дата народження)

який зареєстрований за адресою: м.
Запоріжжя, _____

для проходження медичного огляду та направлення на проходження оцінювання повсякденного функціонування особи з метою отримання рішення про наявність медичних показань для забезпечення автомобілем і відсутність протипоказань до керування ним.

Начальник