

Начальнику Волноваської міської  
військової адміністрації

Івану ЛУБІНЦЮ

\_\_\_\_\_

*(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності))*

\_\_\_\_\_

*особи, яка постраждала внаслідок Чорнобильської катастрофи, або уповноваженого представника, або законного представника)*

\_\_\_\_\_

*(задеклароване/зарєєстроване місце проживання (перебування))*

\_\_\_\_\_

*(фактичне місце проживання)*

\_\_\_\_\_

*(контактний номер телефону)*

### ЗАЯВА

про надання матеріальної допомоги особі, яка постраждала внаслідок Чорнобильської катастрофи

***Прошу надати матеріальну допомогу як особі, яка постраждала внаслідок Чорнобильської катастрофи, або уповноваженому представнику, або законному представнику*** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності))*

***за рахунок коштів субвенції з обласного бюджету бюджетам територіальних громад Донецької області.***

---

*До заяви додаються копії документів:*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Надаю згоду на обробку персональних даних відповідно до вимог Закону України «Про захист персональних даних»*

*Засвідчую достовірність копій документів оригіналам та наданої інформації*

\_\_\_\_\_ 2026 року

\_\_\_\_\_

*(підпис)*

\_\_\_\_\_

*(власне ім'я, прізвище)*

\_\_\_\_\_