

**Секретарю міської ради –
в.о. міського голови**

(прізвище, ім'я по батькові заявника)

*(серія, номер паспорта або посвідки
на тимчасове чи постійне проживання
та ким і коли видані)*

*(номер облікової картки платника
податків)*

*(адреса реєстрації: назва вулиці, номери
будинку/корпусу, квартири, район,
місто, номер поштового відділення,
номер телефону)*

*(адреса фактичного місця прожи-
вання за обліком в УПСЗН або
територіальному органі Пенсійного
фонду України: назва вулиці, номери
будинку/корпусу, квартири, район,
місто, номер поштового відділення)*

(прізвище, ім'я по батькові дитини)

(категорія дитини)

*(відомості зі свідоцтва про народ-
ження дитини із зазначенням числа,
місяця, року народження)*

(номер і дата медичного висновку ЛКК)

(термін дії медичного висновку ЛКК)

ЗАЯВА

Прошу надати (одноразову/щомісячну) матеріальну допомогу за рахунок коштів бюджету Криворізької міської територіальної громади.

Мною отримано всі необхідні роз'яснення. На письмовій відповіді не наполягаю. У разі зміни обставин, що дають право на отримання матеріальної допомоги, зобов'язуюся негайно повідомляти про них.

Матеріальну допомогу прошу перерахувати через банківську установу/поштове відділення Акціонерного товариства «УКРПОШТА (необхідне підкреслити).

«_____» _____ 20____ р.

(Підпис)

Я, _____, надаю згоду на
(прізвище, ім'я, по батькові)

обробку персональних даних. Ознайомлений (на) з організацією збору, обліку, обробки та захисту персональних даних відповідно до Закону України «Про захист персональних даних».

«____» _____ 20____ р.

(Підпис)