Додаток

до рішення виконавчого комітету міської ради

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Додаток

до Положення про комісію з питань надання грошової допомоги ветеранам / ветеранкам та членам їх сімей

**Від кого** (відомості про фізичну особу)

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Соціальний стан (пільги, група інвалідності)

|  |
| --- |
|  |

**АДРЕСА реєстрації місця проживання / фактичного місця проживання**

Вулиця

|  |
| --- |
|  |

Номер будинку Номер квартири

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Місто / село

|  |
| --- |
|  |

Номер мобільного телефону

|  |
| --- |
| + 38 |

Електронна адреса

|  |
| --- |
|  |

**ЗАЯВА**

Прошу надати грошову допомогу з міського бюджету

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Підписанням цієї заяви не заперечую та даю згоду на обробку персональних даних для отримання адміністративної послуги.  Мені відомо про мої права, визначені Законом України «Про захист персональних даних». | | |
|  |  |  |
| (дата) |  | (підпис) |

**Надаю згоду комунальним закладам охорони здоров'я передати інформацію про мій стан здоров'я (діагноз, результати обстеження, огляду, тощо) в межах та обсязі, що є необхідними для отримання мною матеріальної допомоги з міського бюджету.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(дата) (підпис) (ПІБ)**

**………………………………………………………………………………………………………………………….**

**У разі позитивного рішення – зарахування коштів буде проводитись по мірі фінансування на рахунок в установі банку.**

Заступник міського голови,

керуючий справами виконкому Юрій ВЕРБИЧ

Кобилинський 739 900