

Телефони для надання
консультацій:
228 09 27; 228 09 28;
0993610619; 0931707770

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства соціальної
політики України
31 серпня 2017 року № 1381

До органу соціального захисту населення, Мінсоцполітики (необхідне підкреслити або зазначити) управління соціального захисту населення ЗМР по Хортицькому району
від непрацюючої малозабезпеченої особи, особи з інвалідністю, законного представника особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю (необхідне підкреслити або зазначити) Іванова Івана Івановича

(вказати повністю прізвище, ім'я, по батькові)

особи з інвалідністю загального захворювання І групи

(для осіб з інвалідністю вказати причину та групу інвалідності)

місце проживання (zareєстрований (zareєстрована) за адресою)
69124, м. Запоріжжя, вул. Рубана, буд. 00, кв. 00

(вказати район, населений пункт, вулицю, номер будинку, номер квартири)

паспорт: серія СА № 000000, виданий Хортицьким РВ УМВС України в Запорізькій обл. 00 червня 0000 р.

реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія та номер паспорта (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовились від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків, офіційно повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають про це відмітку в паспорті) 0000000000,
контактний телефон 0000000000

ЗАЯВА

про надання одноразової матеріальної допомоги

Прошу надати мені, на підопічного, на дитину з інвалідністю (необхідне підкреслити або зазначити) _____

(якщо звертається законний представник, то вказати повністю П.І.Б., причину та групу інвалідності, дані паспорта (свідоцтва про народження), місце проживання (реєстрації) підопічного, дитини з інвалідністю)

одноразову матеріальну допомогу у зв'язку з вказати причину з якої звертаєтесь за допомогою та на що її буде використано.

(вказати, з якої причини заявник звертається за допомогою та на що її буде використано)

Прошу в разі призначення допомоги кошти перерахувати шляхом поштового переказу № _____ або на особовий банківський рахунок непрацюючої малозабезпеченої особи, особи з інвалідністю, законного представника дитини з інвалідністю № UA00000000000000000000000000000000, МФО _____, код _____, банк _____.

Даю згоду на використання моїх персональних даних, що будуть внесені до централізованого банку даних з проблем інвалідності з метою визначення права на призначення мені одноразової матеріальної допомоги, а також для ведення реєстру

виплат (перерахування) одноразової матеріальної допомоги та підготовки звіту про використання бюджетних коштів.

До заяви додаю:

1) для непрацюючих малозабезпечених осіб:

ксерокопію паспорта;

ксерокопію пенсійного посвідчення або посвідчення отримувача державної соціальної допомоги;

ксерокопію довідки про присвоєння реєстраційного номера облікової картки платника податків (крім фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовились від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків, офіційно повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають про це відмітку в паспорті);

2) для осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю, одного з батьків, опікуна, піклувальника, законного представника:

ксерокопію паспорта та / або свідоцтва про народження дитини з інвалідністю (у разі потреби – ксерокопію паспорта законного представника та документа, що підтверджує його повноваження);

ксерокопію довідки про присвоєння реєстраційного номера облікової картки платника податків (крім фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовились від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків, офіційно повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають про це відмітку в паспорті);

ксерокопію висновку медико-соціальної експертної комісії, лікувально-консультативної комісії лікувально-профілактичного закладу (для дітей з інвалідністю) про встановлення інвалідності.

00 червня 0000 року

_____ (підпис)
(підпис заявника або законного представника)

Заяву про надання одноразової матеріальної допомоги та документи до неї отримано від _____

(прізвище, ім'я та по батькові заявника)

_____ 20__ року.

_____ (посада уповноваженої особи)

_____ (підпис)

_____ (прізвище, ім'я та по батькові)