

Додаток 1 до Порядку  
використання коштів  
обласного бюджету на надання  
одноразової адресної грошової  
допомоги особам, які  
супроводжують учасників  
антитерористичної операції на  
лікування у медичні заклади, на  
оплату їх тимчасового  
проживання (пункт 5)

Керівнику управління соціального захисту  
населення Запорізької міської ради по  
Хортицькому району

(найменування територіального органу  
соціального захисту населення)

Іванової Руслани Русланівни

(прізвище, ім'я, по батькові особи, яка подає заяву  
м.Запоріжжя, вул. Рубана, 18, кв. 244

(адреса місця проживання)

## ЗАЯВА

Прошу надати одноразову адресну грошову допомогу на оплату тимчасового  
проживання як особі, що супроводжує

Іванова Петра Петровича

(прізвище, ім'я, по батькові учасника антитерористичної операції)

на лікування в Чернівецький військовий госпіталь

(назва медичного закладу, в якому перебуває учасник антитерористичної операції)

Грошову допомогу прошу перерахувати ПАТ КБ «Приватбанк», р/р 0000000000

(назва банківської установи та номер рахунку)

Копія паспорта (перша і друга сторінки із зазначенням відомостей про  
реєстрацію місця проживання) або іншого документа, що підтверджує особу  
громадянина України; копія документа, що засвідчує реєстрацію у Державному  
реєстрі фізичних осіб - платників податків (з урахуванням положень статті 63  
Податкового кодексу України); копія документа, що підтверджує безпосередню  
участь особи у виконанні завдань антитерористичної операції (копія посвідчення  
учасника бойових дій); медична довідка про стан здоров'я учасника  
антитерористичної операції, якого супроводжує особа на лікування у медичний  
заклад, додаються на 15 арк.

Даю згоду на обробку персональних даних відповідно до Закону України «Про  
захист персональних даних».

22.05.2016 року

підпис

(підпис особи, яка подає заяву)