

Міському голові Гаразду В.С.

(прізвище, ім'я, по батькові)

**Мельник Марія Василівна**

**м. Долина, вул. Обліски, 117а, кв. 24**

(адреса, контактний телефон)

**+380501518982**

## ЗАЯВА

Прошу надати мені матеріальну допомогу на лікування в зв'язку з **хворобою або при пожежі чи іншим стихійним лихом.**

**21.02.2020 р.**

дата



підпис

- до заяви додаються:
- акт обстеження депутата;
- довідка про склад сім'ї і місце проживання;
- довідка про доходи заявника та членів його (її) сім'ї;
- копія паспорта 1,2,11 ст.заявника;
- копія довідки про присвоєння коду;
- заключення ЛКК;
- довідка з банку.
- висновки відповідних організацій про факт нещасного випадку чи нанесені збитки внаслідок стихійного лиха;
- довідка управління праці та соціального захисту населення про отримувані розміри державних соціальних допомог.

Відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» даю згоду на обробку моїх персональних даних з первинних джерел (у тому числі паспортні дані, відомості з виданих на моє ім'я документів, відомостей які надаю про себе) з метою забезпечення реалізації адміністративно-правових відносин.

Про права . визначені ст. 8 Закону , мету збору даних та осіб, яким будуть передаватися персональні дані повідомлений(на). Засвідчую, що я отримав(ла) повідомлення про включення інформації про мене до БПД Долинської міської ради з метою забезпечення розгляду моєї заяви.



(підпис)

**Мельник М. В.**

(П.І.П.)