

Міському голові \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
прізвище, ім'я, по батькові заявника

\_\_\_\_\_  
номер телефону заявника

\_\_\_\_\_  
адреса проживання

## ЗАЯВА

Прошу надати мені одноразову матеріальну допомогу

як учаснику бойових дій який брав (бере) участь в АТО/ООС;

як члену сім'ї учасника бойових дій який брав (бере) участь в АТО/ООС \_\_\_\_\_ (ПІБ учасника бойових дій).

\_\_\_\_\_  
дата

\_\_\_\_\_  
підпис

- до заяви додаються:
- акт обстеження депутата;
- довідка про склад сім'ї і місце проживання;
- копія паспорта 1,2,11 ст. заявника та/чи учасника АТО/ООС
- копія довідки про присвоєння коду;
- копія посвідчення ученика бойових дій або інших документів, що підтверджують участь в бойових діях;
- довідка з банку.

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)

\_\_\_\_\_  
(П.І.П.)