

Міському голові \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(прізвище, ім'я, по батькові)

\_\_\_\_\_  
(адреса, контактний телефон)

## ЗАЯВА

Прошу надати мені матеріальну допомогу на відшкодування витрат пов'язаних з похованням \_\_\_\_\_, який (яка) помер(ла) \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
дата

\_\_\_\_\_  
підпис

- до заяви додаються:
- Витяг з державного реєстру про смерть (оригінал)
- копія свідоцтва про смерть;
- довідка про здійснення захоронення;
- довідка про місце проживання померлого;
- копія паспорта (заявника);
- копія довідки про присвоєння коду;
- довідка з центру зайнятості;
- акт депутата із зазначенням, що покійний на день смерті не працював;
- довідка про номер рахунку в 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 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.)