*Додаток*

*до Порядку надання одноразової матеріа-льної допомоги дітям з інвалідністю, які*

*потребують забезпечення підгузками (під- пункт 3.1)*

 ***Криворізькому міському голові***

 ***Юрію Вілкулу***

*(прізвище, ім’я по батькові заявника)*

*(серія, номер паспортів заявника та дитини з інвалідністю, ким і коли видані)*

*(номер облікової картки платника податків)*

 *(адреса реєстрації заявника та дитини з інвалідністю: назва вулиці, номери будинку/корпусу, квартири, район, місто, номер поштового відділення, номер теле- фону)*

 *(адреса фактичного місця проживання заявника та дитини з інвалідністю за обліком в УПСЗН або територіальному органі Пенсійного фонду України: назва вулиці, номери будинку/корпусу, квартири, район, місто, номер поштового відділення)*

*(прізвище, ім’я по батькові дитини)*

*(категорія дитини)*

*(відомості зі свідоцтва про народження дитини із зазначенням числа, місяця, року народження)*

*(номер та дата медичного висновку ЛКК)*

*(термін дії медичного висновку ЛКК)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(відомості з довідки про взяття на облік у місті для внутрішньо переміщених осіб)*

 *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(відомості з висновку ЛКК про потребу ди- тини з інвалідністю в забезпеченні підгузка- ми)*

***ЗАЯВА***

 Прошу надати (одноразову) матеріальну допомогу.

 Мною отримано всі роз'яснення. На письмовій відповіді не наполягаю. У разі зміни обставин, що дають право на отримання матеріальної допомоги, зобо-

в’язуюся негайно повідомляти про них. Матеріальну допомогу прошу перераху- вати через банківську установу/видати через касу департаменту соціальної політики виконкому Криворізької міської ради (необхідне підкреслити).

«\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 р. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  *( Підпис )*

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, надаю згоду на

 *(прізвище, ім’я, по батькові)*

обробку персональних даних. Ознайомлений (на) з організацією збору, обліку, обробки та захисту персональних даних відповідно до Закону України «Про захист персональних даних».

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_р. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(Підпис)*

*Службові записи:*

 *Відповідальна особа, яка прийняла та Відповідальна особа яка внесла інформацію до*

*та перевірила документи реєстру отримувачів допомог та компенсацій*

 *за рахунок коштів міського бюджету*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(прізвище, ім’я, по батькові) (прізвище, ім’я, по батькові)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_