### *Додаток*

*до Порядку надання одноразової матеріальної допомоги дітям з інвалідністю, які потребують забезпечення підгузками (підпункт 3.1)*

***Криворізькому міському голові***

*(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 телефону)*

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

*(прізвище, ім’я побатькові дитини)*

*(статус 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 дитини з інвалідністю в забезпеченні підгузками)*

***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, зобов’язуюся негайно повідомляти про них. Матеріальну допомогу прошу перерахувати через банківську установу/поштове відділення Дніпропетровської дирекції Акціонерного товариства «УКРПОШТА» (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 Відповідальна особа, яка внесла*

*та перевірила документи інформацію до реєстру отримувачів*

*допомог та компенсацій за рахунок коштів бюджету Криворізької міської*

*територіальної громади*

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

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