*Додаток*

 *до Порядку надання матеріальної допо- моги дітям, хворим на цукровий діабет*

 *І типу, інсулінозалежним, для забезпе- чення витратними матеріалами й лікарськими засобами (підпункт 3.1)*

 ***Криворізькому міському голові***

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

*(серія, номер паспорта або посвідки на тимчасове чи постійне проживання та ким і коли видані)*

*(номер облікової картки платника податків)*

*(адреса реєстрації: назва вулиці, номери будинку/корпусу, квартири, район, місто, номер поштового відділення, номер телефону)*

 *(адреса фактичного місця прожи- вання 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 і дата медичного висновку ЛКК)*

*(термін дії медичного висновку ЛКК)*

 ***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 та Відповідальна особа яка внесла інформацію до*

*та перевірила документи реєстру отримувачів допомог та компенсацій*

 *за рахунок бюджету Криворізької міської тери-*

 *торіальної громади* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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