

**Департамент соціального захисту населення
Запорізької міської ради**

(найменування структурного підрозділу, на який покладено функції з питань ветеранської політики, районної, районної у м. Києві та Севастополі держадміністрації, виконавчого органу міської, районної у місті ради)

ЗАЯВА
про надання статусу особи
з інвалідністю внаслідок війни

Я, _____
(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) особи, яка подає заяву)
дата народження _____, номер телефону _____
адреса електронної пошти _____

задеклароване/zareєстроване місце проживання (перебування) або фактичне місце проживання (для внутрішньо переміщених осіб) **(підкреслити необхідне)**

довідка про взяття на облік внутрішньо переміщеної особи: номер (за наявності)

_____, видана
_____ дата видачі _____ (для внутрішньо переміщених осіб),
паспорт громадянина України/тимчасове посвідчення громадянина України (для громадян України), паспортний документ іноземця або документ, що посвідчує особу без громадянства, посвідка на постійне проживання, посвідка на тимчасове проживання, посвідчення біженця, посвідчення особи, яка потребує додаткового захисту, або інший документ, що підтверджує законність перебування іноземця або особи без громадянства на території України, крім довідки про звернення за захистом в Україні (для іноземців та осіб без громадянства):

Найменування документа	Серія (за наявності)	Номер	Унікальний номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі (за наявності)	Найменування органу, який видав документ	Дата видачі

реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відповідну відмітку в паспорті) _____,

прошу згідно з Порядком надання статусу особи з інвалідністю внаслідок війни особам, які отримали інвалідність внаслідок поранення, контузії, каліцтва або захворювання, одержаних під час безпосередньої участі в антитерористичній операції, здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації в Донецькій та Луганській областях, забезпеченні їх проведення, під час безпосередньої участі у заходах, необхідних для забезпечення оборони України, захисту безпеки населення та інтересів держави у зв'язку з військовою агресією Російської Федерації проти України, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 8 вересня 2015р. № 685, - із змінами, внесеними постановою Кабінету Міністрів України від 9 квітня 2024р. № 416,

надати мені статус особи з інвалідністю внаслідок війни відповідно до пункту _____
(**вказати пункт**) частини другої статті 7 Закону України «Про статус ветеранів війни,
гарантії їх соціального захисту» у зв'язку із встановленням (**вказати необхідно**)

I групи; II групи; III групи
інвалідності, що підтверджується довідкою медико-соціальної експертної комісії:
серія (за наявності) _____ номер (за наявності) _____ дата видачі
_____ видана _____
причина інвалідності _____

дата встановлення інвалідності _____,
дата чергового переогляду _____.

Безпосередня участь в антитерористичній операції або заходах із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації в Донецькій та Луганській областях, або у заходах, необхідних для забезпечення оборони України, захисту безпеки населення та інтересів держави у зв'язку з військовою агресією Російської Федерації проти України (**підкреслити необхідно**), підтверджується довідка № _____, від _____, видана _____

Також повідомляю про наявність/відсутність (**підкреслити необхідно**) статусу: учасника бойових дій; особи з інвалідністю внаслідок війни; учасника війни, члена сім'ї загиблого (померлого) ветерана війни або члена сім'ї загиблого (померлого) Захисника чи Захисниці України, постраждалого учасника Революції Гідності (**підкреслити необхідно**).

Посвідчення з написом "Посвідчення особи з інвалідністю внаслідок війни" бажаю отримати (**вказати необхідно**):

за місцем оформлення посвідчення _____

(повне найменування та місцезнаходження структурного підрозділу, на який покладено функції з питань ветеранської політики, районної, районної у м. Києві та Севастополі держадміністрації, виконавчого органу міської, районної у місті ради)

у центрі надання адміністративних послуг _____
(повне найменування та місцезнаходження)

До заяви додано скановані копії документів:

№	Найменування документа	Номер документа (за наявності)

_____ (дата)

_____ (підпис)

Примітки:

1. Заява подається особою особисто або через законного представника недієздатної особи, особи, дієздатність якої обмежена, дитини.
2. Заява за формою подається особою через центр надання адміністративних послуг."

**Департамент соціального захисту населення
Запорізької міської ради**

(найменування структурного підрозділу, на який покладено функції з питань ветеранської політики, районної, районної у м. Києві та Севастополі держадміністрації, виконавчого органу міської, районної у місті ради)

від _____

(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)
місце проживання\реєстрації м.Запоріжжя,

(вказати назву вулиці, будинок та номер квартири)
телефон _____

ЗАЯВА

на оформлення комплексу послуг, як особі з інвалідністю внаслідок війни

Необхідно обрати потрібні послуги:

- прошу включити до реєстру пільговиків.

Відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» надаю згоду на збір, обробку та передачу персональних даних для подальшого включення до реєстру пільговиків, списків на виплати з місцевого/обласного/державного бюджету, або інших джерел.

Копію банківські реквізитів додаю.

- прошу видати листи талони на пільговий проїзд, як особі з інвалідністю внаслідок війни _____ групи.

Листи-талони, як учасник бойових дій _____
(вказати не отримував або повертаю)

Додатково надаю згоду на передачу персональних даних за запитом Міністерства у справах ветеранів України або його структурними підрозділами з метою перевірки підстав надання статусу/прийняття рішення щодо виплати грошової допомоги відповідно до чинного законодавства.

В разі зміни місця проживання, банківських реквізитів, персональних даних або документів, зобов'язують повідомити протягом 10 днів.

(дата)

(підпис)

ЗГОДА

на збір, обробку та передачу персональних даних

Я, _____
« _____ » _____ року народження, паспорт
(ПІБ повністю, якщо на дитину (я мати/уповноважена особа ПІБ на дитину ПІБ)
серія (за наявності) № _____ виданий _____

відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» (далі-Закон) даю згоду

на:

збір та обробку моїх персональних даних у такому обсязі: паспортні дані, дата народження, дані по РНОКПП, дані про зареєстроване або фактичне місце проживання, номери телефонів, адреси електронної пошти, банківські реквізити, статус, дані про серію та номер пільгового посвідчення – з метою включення до реєстру територіальної громади.

Для багатодітних родин також до реєстру посвідчень багатодітної сім'ї та дитини з багатодітної сім'ї

обробку та передачу моїх персональних даних у такому обсязі: паспортні дані, дата народження, дані по РНОКПП, дані про зареєстроване або фактичне місце проживання, номери телефонів, адреси електронної пошти, банківські реквізити, статус, дані про серію та номер пільгового посвідчення – шляхом включення до списків на отримання грошової допомоги (виплати) з місцевих/обласного/державного бюджету.

обробку та передачу моїх персональних даних у такому обсязі: паспортні дані, дата народження, дані по РНОКПП, дані про зареєстроване або фактичне місце проживання, номери телефонів, адреси електронної пошти, банківські реквізити, статус, дані про серію та номер пільгового посвідчення – шляхом включення до списків на отримання допомоги з інших джерел (у вигляді натуральної допомоги або грошової допомоги) від громадських або міжнародних організацій за їх запитом.

обробку та передачу моїх персональних даних у такому обсязі: паспортні дані, дата народження, дані по РНОКПП, дані про зареєстроване або фактичне місце проживання, номери телефонів, адреси електронної пошти, банківські реквізити, статус, дані про серію та номер пільгового посвідчення – для отримання інформації необхідної для виконання повноважень покладених на Департамент соціального захисту населення Запорізької міської ради з метою забезпечення соціальних гарантій

Зобов'язуюся в разі зміни моїх персональних даних, банківських реквізитів та місця реєстрації або проживання, подати у найкоротший строк уточнену достовірну інформацію та оригінали відповідних документів для оновлення моїх персональних даних.

Я, _____
пільговиків територіальної громади та надаю згоду на обробку та передачу персональних даних третім особам з метою надання натуральної або грошової допомоги.

_____ р.

(підпис)

ПОВІДОМЛЕННЯ

про надання згоди на збір, обробку та передачу персональних даних

Повідомляємо, що надані відомості включені до реєстру пільговиків територіальної громади з метою збору та обробки, а також передачі на запит третім сторонам з метою отримання натуральної або грошової допомоги.

Відповідно до ст.8 Закону України «Про захист персональних даних» суб'єкт персональних даних має право:

1) знати про джерела збирання, місцезнаходження своїх персональних даних, мету їх обробки, місцезнаходження або місце проживання (перебування) володілця чи розпорядника персональних даних або дати відповідне доручення щодо отримання цієї інформації уповноваженим ним особам, крім випадків, встановлених законом;

2) отримувати інформацію про умови надання доступу до персональних даних, зокрема інформацію про третіх осіб, яким передаються його персональні дані;

3) на доступ до своїх персональних даних;

4) отримувати не пізніше як за тридцять календарних днів з дня надходження запиту, крім випадків, передбачених законом, відповідь про те, чи обробляються його персональні дані, а також отримувати зміст таких персональних даних;

5) пред'являти вмотивовану вимогу володілцю персональних даних із запереченням проти обробки своїх персональних даних;

6) пред'являти вмотивовану вимогу щодо зміни або знищення своїх персональних даних будь-яким володільцем та розпорядником персональних даних, якщо ці дані обробляються незаконно чи є недостовірними;

7) на захист своїх персональних даних від незаконної обробки та випадкової втрати, знищення, пошкодження у зв'язку з умисним приховуванням, ненаданням чи несвочасним їх наданням, а також на захист від надання відомостей, що є недостовірними чи ганьблять честь, гідність та ділову репутацію фізичної особи;

8) звертатися із скаргами на обробку своїх персональних даних до Уповноваженого або до суду;

9) застосовувати засоби правового захисту в разі порушення законодавства про захист персональних даних;

10) вносити застереження стосовно обмеження права на обробку своїх персональних даних під час надання згоди;

11) відкликати згоду на обробку персональних даних;

12) знати механізм автоматичної обробки персональних даних;

13) на захист від автоматизованого рішення, яке має для нього правові наслідки.

Для подальшої обробки персональні дані в обсягах необхідних для здійснення вищезазначеної мети передаються управлінню соціальної підтримки населення Департаменту соціального захисту населення Запорізької міської ради.