

**Департамент соціального захисту
населення Запорізької міської ради**

(найменування органу соціального захисту населення)

від _____

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

(вказати назву вулиці, будинок та номер квартири)

телефон _____

ЗАЯВА

Прошу надати щомісячну грошову допомогу відповідно до заходів Цільової програми соціальної підтримки населення Запорізької області на 2025-2029 роки, фінансування яких передбачається за рахунок коштів обласного бюджету мені як особі з інвалідністю внаслідок війни __ групи, статус встановлено відповідно до п.11-14, 16 статті 7 Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту»

☐

Надаю згоду на збір, обробку та передачу персональних даних до Комунальної установи «Комп'ютерний інформаційно-обчислювальний центр» Запорізької обласної ради для здійснення виплати відповідно до Закону України «Про захист персональних даних»

(підпис)

Письмову відповідь у разі відмови прошу надіслати **(зазначити)**:

☐

- на месенджер (зазначити номер телефону)

☐

- на електронну пошту (зазначити адрес пошти)

☐

- через поштове відділення (лист)

В разі зміни місця проживання, банківських реквізитів, персональних даних або документів, зобов'язуюсь повідомити протягом 10 днів або повернути надміру отримані кошти до обласного бюджету.

(дата)

(підпис)