

**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 члену сім'ї загиблого Захисника або Захисниць України \ члену сім'ї загиблого ветерана війни, який брав участь у бойових діях на території інших держав, на компенсацію вартості житлово-комунальних послуг та твердого палива і скрапленого газу.

Кількість членів сім'ї до розрахунку _____.

☐ 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)