

**Департамент соціального захисту
населення Запорізької міської ради**

(найменування органу соціального захисту населення)

від _____

_____ (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) отримувача

місце проживання\реєстрації: м. Запоріжжя,

_____ (вказати назву вулиці, будинок та номер квартири)

телефон _____

ЗАЯВА

Прошу надати щорічну грошову допомогу дітям загиблих (померлих) Захисників та Захисниць України відповідно до заходів Цільової програми соціальної підтримки населення Запорізької області на 2025-2029 роки, фінансування якої передбачається за рахунок коштів обласного бюджету до Міжнародного дня захисту дітей.

Кількість дітей загиблого для включення до розрахунку _____, а саме:

_____,
_____,
_____.

(вказати ПІБ, дата дати народження)

☐ 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)

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

(дата)

(підпис)