

**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 відповідно до заходів Цільової програми соціальної підтримки населення Запорізької області на 2025-2029 роки, фінансування якої передбачається за рахунок коштів обласного бюджету до Дня пам'яті Захисників та Захисниць України, які загинули в боротьбі за незалежність, суверенітет і територіальну цілісність України, як членам сім'ї загиблого (померлого) Захисника чи Захисниці України

Кількість членів сім'ї загиблого (померлого) для включення до розрахунку ____, а саме:

_____,
_____,
_____.

(зазначити ПІБ, дата дату 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)