

Додаток 1  
до Порядку використання коштів  
обласного бюджету на надання  
одноразової адресної грошової  
допомоги особам, які  
супроводжують учасників  
антитерористичної операції на  
лікування у медичні заклади, на  
оплату їх тимчасового  
проживання  
(пункт 5)

Керівнику \_\_\_\_\_  
(найменування територіального органу  
соціального захисту населення)

\_\_\_\_\_  
(прізвище, ім'я, по батькові особи, яка подає заяву)

\_\_\_\_\_  
(адреса місця проживання)

### ЗАЯВА

Прошу надати одноразову адресну грошову допомогу на оплату тимчасового проживання як особі, що супроводжує

\_\_\_\_\_  
(прізвище, ім'я, по батькові учасника антитерористичної операції)

на лікування в \_\_\_\_\_  
(назва медичного закладу, в якому перебуває учасник антитерористичної операції)

Грошову допомогу прошу перерахувати \_\_\_\_\_  
(назва банківської установи та номер рахунку)

Копія паспорта (перша і друга сторінки із зазначенням відомостей про реєстрацію місця проживання) або іншого документа, що підтверджує особу громадянина України; копія документа, що засвідчує реєстрацію у Державному реєстрі фізичних осіб - платників податків (з урахуванням положень статті 63 Податкового кодексу України); копія документа, що підтверджує безпосередню участь особи у виконанні завдань антитерористичної операції (копія посвідчення учасника бойових дій); медична довідка про стан здоров'я учасника антитерористичної операції, якого супроводжує особа на лікування у медичний заклад, додаються на \_\_\_\_\_ арк.

Даю згоду на обробку персональних даних відповідно до Закону України «Про захист персональних даних».

\_\_\_\_\_ року

\_\_\_\_\_  
(підпис особи, яка подає заяву)