Додаток

Управління праці та соціального захисту населення Хмільницької міської ради

ЗАЯВА

про призначення щомісячної адресної допомоги внутрішньо переміщеним особам

для покриття витрат на проживання, в тому числі на оплату житлово-комунальних послуг

Громадянина (ки)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Реквізити рахунку в уповноваженому банку\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Прошу призначити щомісячну адресну допомогу для покриття витрат на проживання, в тому числі на оплату житлово-комунальних послуг:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ПІБ | Дата народження | Серія, номер документу що посвідчує особу та ким і коли виданий\* | Реєстраційний номер облікової картки платника податків\*\* | Зареєстроване місце проживання | Фактичне місце проживання (перебування) | Місце роботи та час, з якого особа працює | Наявність інвалідності/із зазначенням групи інвалідності |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Інформація, щодо наявності (необхідне підкреслити):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| У будь-якого із членів сім’ї у власності житлового приміщення/частини житлового приміщення, розташованого в інших регіонах, ніж тимчасово окупованої території у Донецькій та Луганській областях, Автономній Республіці Крим і м. Севастополі, населені пункти, на території яких органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження, та населені пункти, що розташовані на лінії зіткнення (зазначається місцезнаходження житла) | Так/Ні |  |
| Житлового приміщення, яке зруйновано або стало непридатним для проживання внаслідок проведення антитерористичної операції, або заходів із забезпеченням національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації | Так/Ні |  |
| У будь-якого з членів сім’ї на депозитному банківському рахунку (рахунках) коштів у розмірі, що перевищує 25-кратний розмір прожиткового мінімуму, встановленого для працездатних осіб. | Так/Ні |  |
| Перебування члена сім’ї, який претендує на грошову допомогу, на повному державному утриманні в будинку дитини, дитячому будинку, дитячому будинку-інтернаті, психоневрологічному інтернаті, будинку-інтернаті для громадян похилого віку та осіб з інвалідністю, спеціальному будинку-інтернаті системи соціального захисту населення; в школі-інтернаті; закладі спеціалізованої освіти військового (військово-спортивного) профілю | Так/Ні |  |

Додатки *(проставити позначку навпроти тих документів які подано)*:

|  |  |
| --- | --- |
| Копія довідки з місця роботи або копія іншого документа, що посвідчує зайнятість *(для працездатних осіб)* |  |
| Копія свідоцтва про шлюб *(в разі якщо особа перебуває у шлюбі)* |  |
| Копії свідоцтв про народження дітей, засвідчені власним підписом уповноваженої особи сім’ї |  |
| Письмова згода (у довільній формі) про виплату грошової допомоги уповноваженому представнику сім’ї від інших членів сім’ї та згода на обробку персональних даних, а також письмовий дозвіл на розкриття уповноваженим банком інформації, що містить банківську таємницю, щодо поточного рахунка, відкритого уповноваженому представнику сім’ї і установі уповноваженого банку *(якщо за виплатою грошової допомоги звернулось дві і більше осіб*) |  |
| Копія довідки з військової частини про залучення до проведення заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації*(для військовослужбовців з числа внутрішньо переміщених осіб, які захищають незалежність та суверенітет і територіальну цілісність України та беруть безпосередню участь у заходах із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації)* |  |
| Копія акта обстеження технічного стану житлового приміщення *(будинку, квартири),*складеного комісією, утвореною районною, районною у м. Києві та Севастополі держадміністрацією, військово-цивільною адміністрацією, виконавчим органом сільської, селищної, міської, районної у місті (у разі утворення) ради, виконавчим органом ради об’єднаної територіальної громади, за затвердженою постановою КМУ 505 від 01.10.2014р. формою (у разі наявності житлового приміщення, яке зруйновано або стало непридатним для проживання) |  |

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, даю згоду на обробку, використання та зберігання моїх персональних даних, відповідно до Закону України «Про захист персональних даних»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 *Дата Підпис ПІБ*

\*серія, номер (у разі наявності) паспорта громадянина України, ким і коли виданий або серія, номер документа, що посвідчує особу та підтверджує громадянство України, а для іноземців та осіб без громадянства – документа, що посвідчує особу та підтверджує її спеціальний статус

\*\*дане поле особа може не заповнювати тільки у разі наявності відповідної відмітки у паспорті

Управління праці та соціального захисту населення Хмільницької міської ради

ЗАЯВА

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ р.н., даю згоду на виплату нарахованої мені щомісячної адресної допомоги для покриття витрат на проживання, в тому числі на оплату житлово-комунальних послуг, уповноваженому представнику сім’ї\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_р.н., та даю згоду на обробку моїх персональних даних, відповідно до Закону України «Про захист персональних даних», а також на розкриття уповноваженим банком інформації, що містить банківську таємницю, щодо поточного рахунка, відкритого уповноваженому представнику сім’ї і установі уповноваженого банку

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 *Дата Підпис ПІБ*

Управління праці та соціального захисту населення Хмільницької міської ради

 адреса \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Тел.

ЗАЯВА

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_р. н., повідомляю, що станом на “\_\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ року відсутні зміни в складі сім'ї та в кожного з членів сім’ї, уповноваженим представником якої я є, що впливають на призначення щомісячної адресної допомоги для покриття витрат на проживання, в тому числі на оплату житлово-комунальних послуг.

Прошу призначити щомісячну адресну допомогу на наступний шестимісячний строк, а саме з \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ року.

Додатки:

Копії довідок про взяття на облік внутрішньо переміщених осіб членів сім’ї.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, даю згоду на обробку, використання та зберігання моїх персональних даних, відповідно до Закону України “Про захист персональних даних”

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 *Дата Підпис ПІБ*

Управління праці та соціального захисту населення Хмільницької міської ради

ЗАЯВА

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_р. н., повідомляю, що “\_\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ року відбулись зміни в сім'ї, уповноваженим представником якої я є, що впливають на призначення щомісячної адресної допомоги для покриття витрат на проживання, в тому числі на оплату житлово-комунальних послуг.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прошу перерахувати розмір грошової допомоги з наступного місяця після вищезазначених обставин

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 *Дата Підпис ПІБ*