

Голові комісії з питань надання одноразової щорічної адресної грошової допомоги сім'ям, які складаються з двох та більше осіб з інвалідністю, саодиноким особам з інвалідністю, особам з інвалідністю по зору та по слуху I та II груп та здійснення заходів із реабілітації дітей з інвалідністю

Мещану І. В.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(прізвище, ім'я, по батькові)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(адреса заявника, контактний телефон)

### ЗАЯВА

Прошу надати мені щорічну разову адресну грошову допомогу як:

- сім'ї, яка складається з двох та більше осіб з інвалідністю, в тому числі дітей з інвалідністю;
- особі з інвалідністю, яка опинилася у складних життєвих обставинах;
- саодинокій особі з інвалідністю;
- особі з інвалідністю по зору та слуху I та II груп, в тому числі з вадами зору та слуху

за рахунок коштів обласного бюджету відповідно до Київської обласної цільової програми соціальної підтримки в Київській області людей з інвалідністю на 2017-2020 роки.

До заяви додаю:

1. \_\_\_\_\_
  2. \_\_\_\_\_
  3. \_\_\_\_\_
  4. \_\_\_\_\_
  5. \_\_\_\_\_
  6. \_\_\_\_\_
  7. \_\_\_\_\_
- Я, \_\_\_\_\_

(Прізвище, ім'я, по батькові)

даю згоду на використання та обробку персональних даних за умови дотримання їх захисту відповідно до вимог Закону України „Про захист персональних даних”.

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(підпис заявника)