|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | До органу соціального захисту населення |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | Управління праці та соціального захисту населення адміністрації Відділ ПЗ Департаменту праці та соціальної політикиХарківської міської ради |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | від Громадянина(ки) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **Фактичне місце проживання (перебування):** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **Контактний телефон** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **ЗАЯВА** |
|

|  |
| --- |
| Прошу призначити (подовжити) мені виплату щомісячної адресної допомоги внутрішньо переміщеним особам для покриття витрат на проживання, в тому числі на оплату житлово-комунальних послуг, з \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  |

 |
| Склад сім’ї та відомості про членів сім’ї: |
| № з/п | ПІБ | Дата народження | Серія номер паспорта, ким і коли виданий | Ідентифікаційний номер | Зареєстроване місце проживання | Фактичне місце проживання (перебування) | Місце роботи та час, з якого особа працює |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Інформація щодо наявності у будь-кого із членів сім’ї: |
| у власності житлового приміщення/частини житлового приміщення, розташованого в інших регіонах, ніж тимчасово окуповані 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; | Так/ні |  |
| житлового приміщення, яке зруйновано або стало непридатним для проживання внаслідок проведення антитерористичної операції, або заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації; | Так/ні |  |
| на депозитному банківському рахунку (рахунках) коштів у розмірі, що перевищує 25-кратний розмір прожиткового мінімуму, встановленого для працездатних осіб; | Так/ні |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Виплату проводити на поточний рахунок № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ МФО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | код Банку\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ найменування Установи Банку\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проінформований(на), що інформація подана, у цій заяві, а також документи, додані до неї, можуть бути перевірені органом соціального захисту населення для забезпечення цільового використання бюджетних коштів. |
| ПІДПИСАННЯМ ЦІЄЇ ЗАЯВИ НАДАЮ ЗГОДУ на обробку, використання, зберігання моїх персональних даних та персональних даних моїх неповнолітніх/малолітніх дітей, які переміщуються разом з ним(нею), відповідно до [Закону України](http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2297-17) “Про захист персональних даних” з метою отримання мною вищевказаної щомісячної адресної допомоги, а також даю дозвіл на розкриття уповноваженим банком інформації, що містить банківську таємницю, щодо поточного рахунка, відкритого уповноваженому представнику сім’ї в установі уповноваженого банку. |
| Зобов’язуюсь повідомляти уповноваженому органу про зміну обставин, які впливають на призначення грошової допомоги, протягом трьох днів з дня настання таких обставин. |
| З датою наступного звернення ознайомлений(на) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Підпис*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| Я,        |
| даю згоду щодо  виплати грошової допомоги уповноваженому представнику моєї сім’ї | **\_\_ Фиалкина Ангеліна Вікторівна**  |
|  |  | (ПІБ уповноваженого представника сім’ї повністю) |
| \*Надаю згоду на передачу моїх персональних даних третім особам, безпосередньо задіяним в забезпеченні обміну документами та інформацією, з метою надання послуг соціального характеру. |
| а також на обробку своїх персональних даних. |
|  |  |  |
| Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Підпис \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |
|  |  | (П.І.Б.) |

 |