|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | 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.) | |