

Волноваська міська військово-цивільна
адміністрація
Волноваського району
Донецької області
Керівнику
Лубінцю І.В.

_____ (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності))

_____ члена сім'ї загиблого або уповноваженого представника)

_____ (задеклароване/зарєєстроване місце реєстрації)

_____ (фактичне місце проживання)

паспорт _____ (серія, номер)

виданий _____

_____ (телефон)

ЗАЯВА

про надання матеріальної допомоги члену сім'ї загиблого (померлого)
Захисника, Захисниці України

Прошу надати матеріальну допомогу як члену сім'ї (батько, мати, дружина, чоловік, дитина) або уповноваженому представнику сім'ї загиблого Захисника/Захисниці України

_____ (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності))

за рахунок коштів субвенції з обласного бюджету бюджетам територіальних громад Донецької області.

До заяви додаються копії документів:

Надаю згоду на обробку персональних даних відповідно до вимог Закону України «Про захист персональних даних»

Засвідчую достовірність копій документів оригіналам та наданої інформації

_____ 2023 року

_____ (підпис)

_____ (прізвище, власне ім'я)