Додаток

до Порядку

Фахівцю із супроводу ветеранів війни
та демобілізованих осіб

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ)

який працює у \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(повне найменування установи/закладу комунальної форми власності або виконавчого органу сільської, селищної, міської, районної у місті (у разі її створення) ради)

**ЗАЯВА
про здійснення заходів з підтримки**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ)

належу до однієї з нижченаведених категорій осіб:

|  |  |
| --- | --- |
| ветеран війни:* учасник бойових дій
* особа з інвалідністю внаслідок війни
* учасник війни
 |  |
| член сім’ї ветерана війни |  |
| особа, яка має особливі заслуги перед Батьківщиною |  |
| член сім’ї особи, яка має особливі заслуги перед Батьківщиною |  |
| постраждалий учасник Революції Гідності |  |
| член сім’ї постраждалого учасника Революції Гідності  |  |
| член сім’ї зниклого безвісти, полоненого та звільненого з полону з числа ветеранів війни  |  |
| член сім’ї загиблого (померлого) ветерана війни  |  |
| член сім’ї загиблого (померлого) Захисника і Захисниці України  |  |
| військовослужбовець (резервіст, військовозобов’язаний, доброволець Сил територіальної оборони) Збройних Сил, Національної гвардії, інших утворених відповідно до законів України військових формувань, СБУ, Служби зовнішньої розвідки, Держприкордонслужби, Держспецтрансслужби, військовослужбовець військових прокуратур, поліцейський, особа рядового та начальницького складу служби цивільного захисту, Державної кримінально-виконавчої служби, військовослужбовець Управління державної охорони, Держспецзв’язку, співробітник Служби судової охорони, який брав безпосередню участь у заходах, необхідних для забезпечення оборони України, захисту безпеки населення та інтересів держави у зв’язку з військовою агресією Російської Федерації проти України, та звільнений з військової служби або демобілізований у визначеному законом порядку  |  |
| член сім’ї військовослужбовця (резервіста, військовозобов’язаного, добровольця Сил територіальної оборони) Збройних Сил, Національної гвардії, інших утворених відповідно до законів України військових формувань, СБУ, Служби зовнішньої розвідки, Держприкордонслужби, Держспецтрансслужби, військовослужбовця військових прокуратур, поліцейського, особи рядового та начальницького складу служби цивільного захисту, Державної кримінально-виконавчої служби, військовослужбовця Управління державної охорони, Держспецзв’язку, співробітника Служби судової охорони, який брав безпосередню участь у заходах, необхідних для забезпечення оборони України, захисту безпеки населення та інтересів держави у зв’язку з військовою агресією Російської Федерації проти України, та звільнений з військової служби або демобілізований у визначеному законом порядку  |  |

вказую особисті дані (зазначається інформація у графі “Наявна інформація”):

|  |  |
| --- | --- |
| Найменування відомостей | Наявна інформація |
| стать |  |
| дата народження |  |
| реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності) |  |
| унікальний номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі (за наявності) |  |
| адреса задекларованого/зареєстрованого місця проживання (перебування) або адресу фактичного місця проживання (для внутрішньо переміщених осіб) |  |
| серія та/або номер паспорта громадянина України або паспорта громадянина України для виїзду за кордон |  |
| належність до однієї з категорій осіб з числа отримувачів та документ, що підтверджує належність до відповідної категорії |  |
| документ, що посвідчує особу (для іноземців та осіб без громадянства); |  |
| контактні дані (номер телефону та адреса електронної пошти) |  |
| серія та/або номер (за наявності), ким видана довідка медико-соціальної експертної комісії із зазначенням групи та причини інвалідності, дати встановлення інвалідності та дати чергового переогляду |  |
| номер (за наявності) та дата видачі довідки про взяття на облік внутрішньо переміщеної особи (для внутрішньо переміщених осіб) |  |

за потреби до заяви додаю копії таких документів

|  |  |
| --- | --- |
| Найменування документа | Кількість аркушів |
|  |  |
|  |  |

та прошу надати мені (роз’яснення, супровід, допомогу) з питання (питань)

 (необхідне підкреслити)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ року   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (підпис заявника або його законного представника/фахівця із супроводу

 ветеранів війни та демобілізованих осіб)

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , даю згоду

                                                      (власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ)

на використання та обробку персональних даних за умови забезпечення їх захисту відповідно до вимог Закону України “Про захист персональних даних”.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(підпис) |  | \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ року(дата) |

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------(відривний корінець)

Заяву та документи на \_\_\_\_\_ аркушах прийнято \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ року.

М. П.   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

               (власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ та підпис фахівця із супроводу ветеранів війни та демобілізованих осіб)

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