ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства у справах ветеранів України

від \_\_\_ \_\_\_\_\_\_ 2025 року № \_\_\_

### **Примірна форма заяви**

### **щодо залучення фахівця суб’єкта надання послуг з адаптації другого рівня**

*Якщо заяву подає самостійно Отримувач послуг, вкажіть:*

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

(прізвище, власне ім’я, по батькові заявника (Отримувач послуг))

що проживаю за адресою: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, контактний телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт громадянина України серія (за наявності) \_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_, виданий “\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ року, реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*Якщо заяву подає законний представник або особа, що діє на підставі нотаріально посвідченої довіреності та в інтересах Отримувача послуг, вкажіть:*

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

(прізвище, власне ім’я, по батькові заявника)

паспорт громадянина України серія (за наявності) \_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_, виданий “\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ року, реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, адреса проживання: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

контактний номер телефону: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, що дію як законний представник \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (прізвище, власне ім’я, по батькові отримувача послуг)

паспорт громадянина України серія (за наявності) \_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_, виданий “\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ року, реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, адреса проживання: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

контактний номер телефону: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

на підставі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(назва документа, що підтверджує повноваження)

Прошу відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 22 серпня 2025 р. № 1060 “Деякі питання реалізації експериментального проекту щодо надання послуг з адаптації окремим категоріям осіб, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України та повністю або частково втратили зір” (далі — Постанова), залучити фахівця суб’єкта надання послуг з адаптації, передбаченого абзацом третім підпункту 1 пункту 10 Порядку реалізації експериментального проекту щодо надання послуг з адаптації окремим категоріям осіб, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України та повністю або частково втратили зір, затвердженого Постановою (далі — Порядок), який відповідає вимогам, зазначеним підпунктом 2 пункту 28 Порядку, для надання послуг з адаптації на першому/другому рівні(-ях) *(потрібне залишити)*, що включають, але не обмежують, проведення діагностики/оцінки та співбесіди суб’єкта надання послуг з адаптації та особи — отримувача послуг з адаптації та відповідно до потреб особи — отримувача послуг з адаптації, складання індивідуального плану з адаптації за результатами діагностики/оцінки та співбесіди, а також інших заходів, зазначених у пунктах 24 та 25 Порядку тощо.

Я підтверджую, що надаю свою згоду на обробку та передачу моїх та особи-отримувача послуг з адаптації *(потрібне залишити)* персональних даних, що містяться в цій заяві та окремому документі “Згода на обробку та передачу персональних даних”, як невід’ємної частини цієї заяви, з метою, визначеною Постановою.

*Якщо заява подається законним представником/соціальним працівником/іншою особою, що діє на підставі нотаріально посвідченої довіреності та в інтересах Отримувача послуг, додатково вкажіть:*

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

 (прізвище, власне ім’я, по батькові отримувача послуг)

підтверджую, що дана заява мені зачитана вголос, її зміст мені зрозумілий і відповідає моєму волевиявленню.

“\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ року \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (підпис)