**Ф-01/ІК-25/11/01**

**Департамент «Центр надання адміністративних послуг у місті Луцьку»**

**Від кого (**відомості про фізичну особу)

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Соціальний стан (пільги, група інвалідності)

|  |
| --- |
|  |

**АДРЕСА**

Вулиця

|  |
| --- |
|  |

Номер будинку Номер квартири

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

Місто/село

|  |
| --- |
|  |

Район

|  |
| --- |
|  |

Номер мобільного телефону

|  |
| --- |
| + 38 |

Електронна адреса

|  |
| --- |
|  |

**ЗАЯВА**

Прошу надати грошову (матеріальну) допомогу з міського бюджету

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
|  | | |
| Підписанням цієї заяви не заперечую та даю згоду на обробку персональних даних для отримання адміністративної послуги у департаменті «Центр надання адміністративних послуг у місті Луцьку» Луцької міської ради.  Мені відомо про мої права, визначені Законом України «Про захист персональних даних». | | |
|  |  |  |
| (дата) |  | (підпис) |

**Надаю згоду комунальним закладам охорони здоров'я передати інформацію про мій стан здоров'я (діагноз, результати обстеження, огляду, тощо) в межах та обсязі, що є необхідними для отримання мною матеріальної допомоги з міського бюджету.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(дата) (підпис) (П.І.Б.)**

**………………………………………………………………………………………………………………………….**

**У разі позитивного рішення - зарахування коштів буде проводитись по мірі фінансування на рахунок в установі банку або поштового відділення.**