

Перелік документів:

- 1) заява встановленого зразку;
- 2) копія паспорта заявника (перша, друга сторінки і сторінка, де зазначено місце реєстрації), у випадку подання копії паспорта у вигляді ІД-картки додається копія документа, що підтверджує місце реєстрації/місце проживання;
- 3) копія реєстраційного номера облікової картки платника податків заявника;
- 4) копія довідки ВПО;
- 5) копія документа, що підтверджує повноваження представника (якщо за допомогою звертається законний представник або інша особа в інтересах заявника);
- 6) довідка або інший документ від банківської установи (АТ КБ «ПриватБанк» або АТ «Ощадбанк») із зазначенням реквізитів поточного рахунку.

ДОДАТКОВО:

1. Заявник, який звертається за наданням грошової допомоги на підставі встановлення факту позбавлення особистої свободи внаслідок збройної агресії проти України надає :

1) копії документів, що підтверджують факт перебування в місцях несвободи:

а) довідки про перебування в місцях несвободи внаслідок збройної агресії проти України із зазначенням строку перебування в місцях несвободи згідно з постановою Кабінету Міністрів України від 20.01.2023 № 55 «Про затвердження Порядку оформлення довідок про перебування осіб у місцях несвободи внаслідок збройної агресії проти України або інтернування в нейтральних державах», якщо він є військовослужбовцем;

б) копії документів та/або відомості, що підтверджують факт та обставини позбавлення особи особистої свободи, якщо він є цивільною особою;

2) копію витягу з Єдиного державного реєстру досудових розслідувань (за наявності);

3) копію повідомлення органів сил безпеки та сил оборони щодо його особи (за наявності).

2. Заявник, який звертається за наданням грошової допомоги на підставі перебування в складних життєвих обставинах через тяжке захворювання, поранення чи інші ушкодження здоров'я, отримані внаслідок військової агресії, необхідність проведення або уже проведене консервативне/оперативне/інтенсивне лікування надає:

1) довідку медичного закладу про необхідність або проведене консервативне або оперативне лікування, у разі поранення – довідку лікарсько-консультативної комісії лікувального закладу із зазначенням причинно-наслідкового зв'язку поранення та вогневого ураження (обстрілу, бомбардування, мінування та інших засобів ведення війни) та ступеню тяжкості травми, у разі іншого ушкодження здоров'я внаслідок військової агресії - довідку лікарсько - консультативної комісії лікувального закладу;

2) інші документи, надані медичним закладом, що підтверджують ступінь/стадію захворювання, проведене/призначене лікування, перелік

призначених препаратів без урахування таких, які доступні за програмою «Доступні ліки».

3. Заявник, який звертається за наданням грошової допомоги на підставі інвалідності внаслідок війни, загибелі/смерті/зникнення без вісті члена сім'ї - ветерана війни або Захисника, або Захисниці України надає:

копію документа, що підтверджує пільговий статус (посвідчення встановленого зразка, видане відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 12.05.1994 № 302 «Про порядок видачі посвідчень і нагрудних знаків ветеранів війни», сповіщення сім'ї про зникнення безвісті, видане територіальним центром комплектування та соціальної підтримки за місцем проживання заявника).

Увага! Документи, що надаються в копіях мають бути засвідчені належним чином, а саме шляхом проставлення слів «Згідно з оригіналом» (без лапок), власноручного підпису, прізвища, ініціалів імені, по батькові й дати. Заявник несе відповідальність за достовірність наданих ним документів.

Начальнику
Рубіжанської міської
військової адміністрації
Сєверодонецького району
Луганської області
Андрію ЮРЧЕНКУ

(прізвище, ім'я, по батькові
заявника)

(адреса зареєстрованого
місця проживання заявника
заявника)

(адреса фактичного
місця проживання заявника
заявника)

(номер телефону)

(електрона пошта)

ЗАЯВА

Прошу надати одноразову грошову допомогу на підставі

(вказати підставу: 1) встановлення факту позбавлення особистої свободи внаслідок збройної
агресії проти України;
2) перебування в складних життєвих обставинах через тяжке
захворювання,
поранення чи інші ушкодження здоров'я, отримані внаслідок військової
агресії, необхідність проведення або уже проведене консервативне/
оперативне/інтенсивне лікування;
3) інвалідність внаслідок війни;
4) загибель/смерть/зникнення без вісті члена сім'ї - ветерана війни або
Захисника, або Захисниці України;

Додатки:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Дата

Підпис

ЗГОДА
на обробку персональних даних

Я, _____, шляхом підписання цього тексту, відповідно до Закону України «Про захист персональних даних», надаю згоду Рубіжанській міській військовій адміністрації Сєверодонецького району Луганської області та її структурним підрозділам на збір, обробку, використання та зберігання моїх персональних даних з метою впорядкування моїх відомостей як заявника згідно з Порядком надання одноразової грошової допомоги мешканцям Рубіжанської міської територіальної громади Сєверодонецького району Луганської області та згідно з нормами Закону України «Про захист персональних даних».

(дата)

(підпис)