Міському голові

 Сергію НАДАЛУ

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

 (прізвище, імя, по батькові)

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

 (адреса)

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

 (телефон)

 ЗАЯВА

 Прошу надати **адресну грошову допомогу для часткової компенсації витрат на оплату житлово-комунальних послуг**, як:

□ член сім’ї загиблого (померлого) учасника АТО, Захисника чи Захисниці України;

□ учасника-добровольця АТО;

□ учасника бойових дій ОУН-УПА;

□ дружини (чоловіка) померлого учасника бойових дій ОУН-УПА;

□ дружини (чоловіка) померлої реабілітованої особи;

□ особи, потерпілої від політичних репресій;

□ особи з інвалідністю І групи;

□ особи, яка одержує державну соціальну допомогу на дитину з інвалідністю до 18 р.

**До заяви додаються**:

□ копія паспорта та членів сім’ї, копія реєстраційного номера облікової картки платника податків;

□ копія свідоцтва про народження неповнолітніх дітей;

□ копія посвідчення або довідка у разі відсутності посвідчення, які надають право на допомогу;

□ копія медичного висновку про дитину з інвалідністю віком до 18 років.

Виплату здійснити через **АТ КБ «ПРИВАТБАНК» □** або **Відділення Укрпошти** □.

Мені роз’яснено, що у разі отримання пільг з державного бюджету , житлових субсидій, а також при наявності простроченої понад три місяці заборгованості з оплати житлово-комунальних послуг, загальна сума якої перевищує 40 неоподаткованих мінімумів доходів громадян допомога не надається.

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

 (підпис)

Зобов’язуюся у разі виникнення обставин, що можуть вплинути на надання адресної грошової допомоги а саме: зміна адреси реєстрації місця проживання одержувача та членів сім’ї, зміна складу сім’ї, зміна статусу, оформлення субсидій чи пільг з державного бюджету, смерть одержувача або члена сім’ї на якого поширюється допомога, у разі реєстрації шлюбу (члени сімей загиблих), повідомити Тернопільський міський територіальний центр соціального обслуговування населення (надання соціальних послуг) по вул.Лисенка,8, каб.№3, тел.: 0675305906, 23 56 52.

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

 (підпис)

Даю згоду на збір інформації про сім’ю, доходи, власність та майно, що необхідна для надання адресної грошової допомоги для часткової компенсації витрат на оплату житлово-комунальних послуг, а також на обробку моїх персональних даних відповідно до Закону України від 01.06.2010 №2297-VI «Про захист персональних даних».

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023р. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (підпис)