

Бердянська міська військова адміністрація  
Бердянського району Запорізької області

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_,  
(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) особи, яка подає заяву)  
який/яка проживає за адресою:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_,  
має зареєстроване місце проживання за адресою:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_,  
номер мобільного телефону \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_,  
(паспорт громадянина України)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_,  
(ким і коли виданий)

реєстраційний номер облікової картки платника  
податків \_\_\_\_\_

Дата народження \_\_\_\_\_

## ЗАЯВА

про надання одноразової грошової допомоги у \_\_\_\_\_ році

| Назва допомоги/компенсації   | Зазначити необхідне |
|--|---------------------|
| <b>1. Соціальна підтримка військових, ветеранів війни та членів їх сімей</b>   |                     |
| Грошова допомога військовослужбовцям, які брали 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, упродовж року перед днем зверненням |                     |
| Одноразова грошова допомога військовослужбовцям:<br>- які отримали поранення, травму, каліцтво або захворювання під час проходження військової служби або захисту Батьківщини;<br>- які звільнилися з військової служби за станом здоров'я;<br>- звільненим з полону               |                     |
| Одноразова грошова допомога членам сімей загиблих військовослужбовців  |                     |
| Одноразова грошова допомога дітям Захисників та Захисниць України, які загинули (померли) при захисті незалежності, суверенітету та територіальної цілісності України  |                     |
| Грошова допомога за піднайом (найом), оренду житлових приміщень особам з інвалідністю внаслідок війни 1 та 11 групи (заповнюється додаток до заяви*)   |                     |
| Грошова компенсація військовослужбовцям та ветеранам війни за зубопротезування у разі перевищення граничної суми витрат, які передбачені відповідною державною програмою та грошова компенсація за імплантацію зубів   |                     |
| Грошова допомога мобілізованим військовослужбовцям (призваним протягом 6 місяців перед днем звернення)   |                     |

|  |  |
|--|--|
| <p>Грошова допомога військовослужбовцям, які прийняті на військову службу за контрактом у віці від 18 до 25 років відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 11.02.2025 № 153 після набрання її чинності.</p>  |  |
| <p><b>2. Відзначення жителів громади до пам'ятних дат/державних свят</b></p>   |  |
| <p>Допомога до Дня Незалежності України учасникам бойових дій, особам з інвалідністю внаслідок війни (необхідне підкреслити)</p>   |  |
| <p>Допомога до Дня захисників і захисниць України членам сімей загиблих (померлих) військовослужбовців</p>   |  |
| <p>Допомога до Дня чорнобильської трагедії особам, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи та дружинам померлих громадян із числа ліквідаторів (потерпілих), смерть яких пов'язана з Чорнобильською катастрофою</p>  |  |
| <p><b>3. Підтримка осіб/сімей, які перебувають у складних життєвих обставинах, та родин з дітьми, які потребують уваги</b></p>   |  |
| <p>Грошова допомога жителям громади, які перебувають у складних життєвих обставинах у зв'язку з:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- невиліковною хворобою, хворобою, що потребує тривалого лікування, потребою в реабілітації, отриманням тілесних ушкоджень (контузія, травма, каліцтво) внаслідок ворожих обстрілів країною агресором (<b>заповнюється додаток до заяви*</b>);</li> <li>- втратою (пошкодженням) особистого майна, яке перебувало в житлі, що постраждало внаслідок ракетних обстрілів, терористичних актів з боку Російської Федерації на підконтрольній території України. грошова допомога у зв'язку з невиліковною хворобою, хворобою, що потребує тривалого лікування, потребою в реабілітації, отриманням тілесних ушкоджень (контузія, травма, каліцтво) внаслідок ворожих обстрілів країною агресором (<b>заповнюється додаток до заяви*</b>);</li> <li>- звільненням з полону;</li> <li>- смертю членів сім'ї.</li> </ul> |  |
| <p>Грошова допомога непрацюючим особам, які мають інвалідність або досягли похилого віку (65 років і старше)<br/> <b>Про себе повідомляю (прописати)</b><br/> _____ (працюю/не працюю);<br/> _____ (перебуваю/не перебуваю на повному державному утриманні);<br/> _____ (інвалідність, за наявності вказати групу)</p>   |  |
| <p>Грошова допомога особам, які мають дитину з інвалідністю<br/> <b>ПІБ дитини з інвалідністю, дата народження</b><br/> _____<br/> _____ (дитина перебуває/не перебуває на повному державному утриманні);<br/> _____ (підгрупа А, вказати за наявності)<br/> <b>ПІБ дитини з інвалідністю, дата народження</b><br/> _____<br/> _____ (дитина перебуває/не перебуває на повному державному утриманні);<br/> _____ (підгрупа А, вказати за наявності)</p>  |  |
| <p>Грошова допомога до Дня захисту дітей родинам з дітьми пільгових категорій<br/> <b>ПІБ дитини/дітей, дата народження</b> _____<br/> _____<br/> _____<br/> _____</p>   |  |

|  |  |
|--|--|
| Грошова допомога при народженні дитини (вказати ПІБ дитини, дату народження)                                   |  |
| Грошова допомога на дітей для вирішення соціально-побутових питань<br>ПІБ дитини/дітей, дата народження: _____ |  |
| _____  |  |
| _____  |  |
| _____  |  |

**\*Звертаємо увагу на необхідність заповнення додатку до заяви - Інформація про обставини, доходи та майновий стан, що додається, на зазначені допомоги!**

**До заяви додаються:**

1. копія паспорта \_\_\_\_\_
2. копія довідки про присвоєння реєстраційного номера облікової картки платника податків \_\_\_\_\_
3. копія довідки про взяття на облік внутрішньо переміщеної особи \_\_\_\_\_
4. перелік інших довідок/документів/посвідчень та/або їх копій необхідних для прийняття рішення \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Призначену допомогу прошу перераховувати на рахунок у банку \_\_\_\_\_ (назва банку)

Реквізити додаються на \_\_\_\_\_ арк.

У разі зміни обставин, які можуть вплинути на виплату допомоги (зміна реєстрації місця проживання, паспорту, реквізитів банківського рахунку, тощо), зобов'язуюсь у 10-денний строк повідомити про це управління праці та соціального захисту населення виконавчого комітету Бердянської міської ради Запорізької області, тел. 0680793865

\_\_\_\_\_  
(підпис заявника / уповноваженого представника) \_\_\_\_\_ (дата)

Я, \_\_\_\_\_, несучи персональну відповідальність за достовірність наданих документів та надаю згоду на використання та обробку персональних даних за умови забезпечення їх захисту відповідно до вимог Закону України «Про захист персональних даних».

\_\_\_\_\_  
(підпис заявника / уповноваженого представника) \_\_\_\_\_ (дата)

-----  
(відривний корінець)

Заяву та документи для надання грошової допомоги на \_\_\_\_\_ аркушах прийнято \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ року.

\_\_\_\_\_  
(підпис) \_\_\_\_\_ (ініціали та прізвище відповідальної особи)