

Додаток 1
до Порядку надання одноразової допомоги
неповнолітнім дітям загиблих
(померлих)
учасників антитерористичної
операції/операції об'єднаних сил, осіб
з
числа Захисників і Захисниць
України до
Дня Незалежності України
(пункт 2 розділ II)

Директору Департаменту соціальної та
сімейної політики Одеської
обласної
державної адміністрації

(прізвище, власне ім'я та по батькові
(за наявності))

(адреса задекларованого/зареєстрованого місця проживання
(перебування) (населений пункт, вулиця, будинок, корпус,
квартира))

(номер телефону)

Заява

Я, _____,
прошу

(прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності) законного представника)
призначити одноразову допомогу до Дня Незалежності України дитині

(прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності))

загиблого (померлого) учасника АТО/ООС, особи з числа Захисників і Захисниць України.
(необхідне підкреслити)

(прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності) загиблого (померлого) члена
сім'ї)

« ____ » _____ 20 ____ рік

(підпис заявника)