Міському голові

 Костіну Т.В.

 Прізвище, ім’я, по батькові подавача заяви

 Адреса

 Телефон

Соціальний стан (пільги, група інвалідності)

 ЗАЯВА

Прошу надати одноразову матеріальну допомогу на проведення лікування у зв’язку з погіршенням стану здоров’я.

До заяви додаю:

 копію паспорта, коду,

 довідку з лікарні,

 акт обстеження матеріально-побутових умов депутатом міської ради.

Даю згоду на обробку, використання та зберігання моїх персональних даних у межах, необхідних для виконання звернення.

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

дата підпис прізвище, ініціали