**Додаток 6**

**ЗРАЗОК**

Міському голові

п. Сергію Насалику

від\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(прізвище, ім’я, по батькові заявника)

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

(адреса місця постійного місця проживання і реєстрації)

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

(номер телефону)

Заява

Прошу надати мені одноразову матеріальну допомогу на лікування дитини-інваліда.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (підпис) |
|  |  |

До заяви додаю:

1. копію паспорта одного з батьків чи опікуна (сторінки 1,2,11);
2. копію ідентифікаційного коду заявника;
3. копію свідоцтва про народження дитини;
4. довідку про необхідність лікування дитини-інваліда, видана медичною установою;
5. банківський рахунок заявника;
6. згоду на обробку персональних даних.