

До структурного підрозділу з питань соціального захисту населення районних, районних у м. Києві державних (військових) адміністрацій, структурного підрозділу з питань соціального захисту населення виконавчого органу міських, районних у містах рад/виконавчого органу сільської, селищної, міської, районної у місті ради / центру надання адміністративних послуг
Департаменту соціальної політики Кропивницької міської ради

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

ЗАЯВА

про надання допомоги на проживання внутрішньо переміщеним особам

первинне звернення повторне звернення

Я, _____,
(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) уповноваженої особи)

серія (за наявності) та номер паспорта (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку в паспорті) або відомості з ЄДокумента, або номер та дата довідки, виданої центром надання адміністративних послуг, державним підприємством, що належить до сфери управління ДМС, і його відокремленим підрозділом, територіальним органом або територіальним підрозділом ДМС, для громадян України, яких ідентифіковано згідно з відомостями Єдиного державного демографічного реєстру або відомчої інформаційної системи ДМС: серія (за наявності) та номер паспорта _____ № _____

реєстраційний номер облікової картки платника податків _____ (крім осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією (за наявності) та номером паспорта) (зазначається обов'язково у разі подання заяви в електронній формі засобами Єдиного державного веб-порталу електронних послуг, зокрема з використанням мобільного додатка Порталу Дія (Дія)

номер та дата довідки, виданої центром надання адміністративних послуг, державним підприємством, що належить до сфери управління ДМС, і його відокремленим підрозділом, територіальним органом або територіальним підрозділом ДМС, для громадян України, яких ідентифіковано згідно з відомостями Єдиного державного демографічного реєстру або відомчої інформаційної системи ДМС

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Наявність статусу особи з інвалідністю _____ (так/ні)

Унікальний номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі (за наявності)

Відомості про задеклароване/зареєстроване/фактичне місце проживання (перебування) на території адміністративно-територіальної одиниці, звідки перемістилася особа,

Відомості про фактичне місце проживання (перебування), адреса місця, куди перемістилася особа, адреса електронної пошти _____

Номер телефону _____

Обставини, що спричинили внутрішнє переміщення:

- з територій активних бойових дій, можливих бойових дій або тимчасово окупованих Російською Федерацією територій
- зруйноване житло
- інші причини, зазначені у статті 1 Закону України "Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб" (зазначити, які)

