

Додаток 2  
до розпорядження начальника  
Сверодонецької міської  
військової адміністрації  
від *22 січня* 2025 № *42 ІВА*

**Начальнику Сверодонецької міської  
військової адміністрації**

\_\_\_\_\_

(прізвище, ім'я, по батькові заявника/представника/представниці)

\_\_\_\_\_

(адреса зареєстрованого місця проживання/заявника/представника/представниці)

\_\_\_\_\_

(адреса фактичного місця проживання/заявника/представника/представниці)

\_\_\_\_\_

(№ телефону та адреса електронної пошти)

**ЗАЯВА**

Пропшу надати щомісячну матеріальну допомогу на дитину/особу з інвалідністю \_\_\_\_\_  
(ПІБ дитини/дітей/особи з інвалідністю)

У разі виникнення обставин, що унеможливають надання допомоги, зобов'язуюсь у триденний термін надати заяву про припинення її надання.

**ЗГОДА**

на обробку персональних даних

Я, шляхом підписання цього тексту, відповідно до Закону України «Про захист персональних даних», надаю згоду Свердловонецькій міській військовій адміністрації Свердловонецького району Луганської області, її відділам та структурним підрозділам, на збір, обробку та зберігання моїх особистих даних у картотеках та/або за допомогою інформаційно-пошукової системи обліку звернень громадян з метою її обробки згідно Закону України «Про звернення громадян».

\_\_\_\_\_

(дата)

\_\_\_\_\_

(підпис)

**Заступник начальника  
Свердловонецької міської  
військової адміністрації**

*Тетяна Верховська*

**Тетяна ВЕРХОВСЬКА**