

**Начальнику відділу з питань
призначення та виплати
соціальних допомог та надання
інших видів соціальної підтримки
населення №2 УСЗН
Кременчуцької
райдержадміністрації**

(ПІБ)

(адреса фактичного місця проживання)

ЗАЯВА

Я, _____, _____ р.н., повідомляю, що станом на «____» _____ 20__ року відсутні зміни в складі сім'ї та в кожного з членів сім'ї, уповноваженим представником якої я є, що впливають на призначення щомісячної адресної допомоги для покриття витрат на проживання, в тому числі на оплату житлово-комунальних послуг.

Прошу призначити щомісячну адресну допомогу на наступний шестимісячний строк, а саме з _____ 20__ року.

Додатки:

Копії довідок про взяття на облік внутрішньо переміщених осіб членів сім'ї.

Я, _____, даю згоду на обробку, використання та зберігання моїх персональних даних, відповідно до Закону України «Про захист персональних даних».

Дата

Підпис

ПІБ