

Начальнику управління
соціального захисту населення
Автозавдського району Департаменту
соціального захисту населення
Кременчуцької міської ради
Кременчуцького району Полтавської області
ПІБ _____

адреса _____

тел. _____

ЗАЯВА

Прошу видати _____
(прізвище, ім'я, по батькові)

_____ (замість непридатного/втраченого, у зв'язку зі зміною персональних даних)
нове посвідчення з написом

☐ «Посвідчення особи з інвалідністю внаслідок війни» у зв'язку із встановленням статусу особи з інвалідністю внаслідок війни відповідно до пункту ____ (зазначити пункт) частини другої статті 7 Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» (зазначити необхідне)

☐

I групи;

☐

II групи;

☐

III групи

☐ «Посвідчення учасника війни»

☐ «Посвідчення члена сім'ї загиблого (померлого) ветерана війни»

☐ «Посвідчення члена сім'ї загиблого (померлого) Захисника чи Захисниці України»

☐ «Постраждалий учасник Революції Гідності»

Також повідомляю про: наявність/відсутність (підкреслити необхідне) статусу: учасника бойових дій; особи з інвалідністю внаслідок війни; учасника війни; члена сім'ї загиблого (померлого) ветерана війни або члена сім'ї загиблого (померлого) Захисника чи Захисниці України; постраждалого учасника Революції Гідності (підкреслити необхідне)

У разі зміни сімейного стану (повторно зареєстровано шлюб (для дружини (чоловіка) загиблої (померлої) особи) або зареєстровано шлюб чи народжено (усиновлено) дитину (для дітей загиблої (померлої) особи (крім дітей, які стали особами з інвалідністю до досягнення повноліття, та дітей, обоє з батьків яких загинули або пропали безвісти)) зобов'язуюсь повідомити про це не пізніше ніж протягом 30 календарних днів органи соціального захисту населення за місцем реєстрації (місцем проживання) та повернути пільгове посвідчення.

Я, _____,
(ПІБ)

надаю згоду на збір та обробку моїх (та/або особи, інтереси якої я представляю) персональних даних відповідно до Закону України «Про захист персональних даних».

Посвідчення бажаю отримати (зазначити необхідне):

☐ за місцем оформлення посвідчення _____

_____ (повне найменування та місцезнаходження структурного підрозділу, на який покладено функції з питань ветеранської політики, районної, районної у м. Києві та Севастополі держадміністрації, виконавчого органу міської, районної у місті ради)

☐ у центрі надання адміністративних послуг _____
(повне найменування та місцезнаходження)

дата _____

підпис _____