

(назва структурного підрозділу, на який покладено функції з питань ветеранської політики обласних, Київської міської, районних, районних у м. Києві та Севастополі держадміністрацій, виконавчих органів міських, районних у містах (у разі їх утворення) рад)

(адреса, контактні дані (телефон, адреса електронної пошти))

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

(стать)

(дата народження)

(реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку в паспорті громадянина України)

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

(адреса задекларованого/zareєстрованого місця проживання (перебування) (для внутрішньо переміщених осіб — адреса фактичного місця проживання згідно з довідкою про взяття на облік внутрішньо переміщеної особи)

(серія (за наявності) та номер документа, що посвідчує особу та підтверджує громадянство України)

(серія та номер посвідчення учасника бойових дій або особи з інвалідністю внаслідок війни (за наявності) або реєстровий номер відомостей про наданий статус особі в Єдиному державному реєстрі ветеранів війни (за наявності технічної можливості))

наявність/відсутність статусу внутрішньо переміщеної особи

так  ні

(номер мобільного телефону та адреса електронної пошти)

## ЗАЯВА

Я, \_\_\_\_\_,  
(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності))

звертаюся до Вас як особа — отримувач коштів щодо надання мені підтримки у вигляді одноразової грошової допомоги відповідно до Порядку реалізації спільного з Товариством Червоного Хреста України проекту щодо надання підтримки окремим категоріям осіб, які повністю або частково втратили зір під час захисту незалежності, суверенітету та територіальної



цілісності України, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 27 травня 2026 р. № 674, для задоволення моїх потреб у придбанні побутової техніки із визначеного додатком 1 до Порядку переліку для облаштування побуту.

Ознайомлений (ознайомлена) з переліком підстав щодо відмови у наданні грошової допомоги відповідно до пункту 6 зазначеного Порядку.

Ознайомлений (ознайомлена), що відповідальність за достовірність відомостей, зазначених у заяві та доданих до неї документах, несе особа — отримувач коштів.

Ознайомлений (ознайомлена), що відповідальність за достовірність відомостей, зазначених у рахунку-фактурі/рахунках-фактурах (або інвойсі/інвойсах), несе особа — отримувач коштів.

Відповідно до Закону України “Про захист персональних даних” даю згоду на обробку моїх особистих персональних даних.

Додатки:

1. Інформована згода.

2. Рахунок-фактура/рахунки-фактури (або інвойс/інвойси).

3. Консультаційний висновок спеціаліста (форма 028/о), що підтверджує повну або часткову втрату зору із зазначенням ступеня втрати зорових функцій, або копія рішення (постанови) військово-лікарської комісії, або копія витягу з рішення експертної команди з оцінювання повсякденного функціонування особи, або копія висновку (довідки до акта огляду) медико-соціальної експертної комісії.

\_\_\_\_\_ 20\_\_ р.  
(дата заяви)

\_\_\_\_\_  
(підпис особи — отримувача коштів)

\_\_\_\_\_  
(реєстраційний номер)\*

\_\_\_\_\_ 20\_\_ р.  
(дата надходження заяви)\*

\_\_\_\_\_  
(прізвище та власне ім'я особи, що отримала заяву)

\_\_\_\_\_  
(підпис)

\* Заповнюється особою, що отримала заяву.

\_\_\_\_\_