

\_\_\_\_\_

(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)

## ЗАЯВА

Я, \_\_\_\_\_,

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

як законний представник/особа, що діє на підставі нотаріально посвідченої довіреності (далі — представник за довіреністю) \_\_\_\_\_,

(реквізити документа)

дію в інтересах особи \_\_\_\_\_,

(прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності) особи — отримувача коштів, яка потребує підтримки)

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) особи — отримувача коштів, яка потребує підтримки, \_\_\_\_\_,

наявність/відсутність статусу внутрішньо переміщеної особи  так  ні, дата народження особи — отримувача коштів, яка потребує підтримки \_\_\_\_\_, дата народження законного представника/представника за довіреністю \_\_\_\_\_, серія (за наявності) та номер документа, що посвідчує особу та підтверджує громадянство України законного представника/представника за довіреністю \_\_\_\_\_,

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) законного представника/представника за довіреністю \_\_\_\_\_,

унікальний номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі (за наявності) законного представника/представника за довіреністю \_\_\_\_\_,

адреса задекларованого/zareєстрованого місця проживання (перебування) (для внутрішньо переміщених осіб — адреса фактичного місця проживання згідно з довідкою про взяття на облік внутрішньо переміщеної особи) законного представника/представника за довіреністю \_\_\_\_\_,

номер мобільного телефону та адреса електронної пошти законного представника/представника за довіреністю \_\_\_\_\_, звертаюся до Вас щодо надання підтримки \_\_\_\_\_

---

(прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності) особи – отримувача коштів, яка потребує 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 його/її 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 законний представник або представник за довіреністю.

Ознайомлений (ознайомлена), що відповідальність за достовірність відомостей, зазначених у рахунку-фактурі/рахунках-фактурах (або інвойсі/інвойсах), несе законний представник або представник за довіреністю.

Відповідно до Закону України “Про захист персональних даних” даю згоду на обробку моїх особистих персональних даних та персональних даних особи — отримувача коштів, яка потребує підтримки.

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.
4. Копія паспорта громадянина України законного представника/представника за довіреністю, а також:  
копія рішення суду про обмеження цивільної дієздатності або визнання недієздатним особи — отримувача коштів; або

копія рішення суду або органу опіки та піклування про призначення  
опікуна або піклувальника особі — отримувачу коштів; або  
копія довіреності представника за довіреністю.

\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ р.  
(дата подання заяви)

\_\_\_\_\_  
(підпис законного представника/представника  
за довіреністю)

\_\_\_\_\_  
(реєстраційний номер)\*

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

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

\_\_\_\_\_  
(підпис)

\_\_\_\_\_  
\*Заповнюється особою, що отримала заяву.

\_\_\_\_\_