

Територіальному центру комплектування та соціальної підтримки _____

_____ (ваше ПІБ)

Адреса _____

тел. _____

Ідентифікаційний код _____

ЗАЯВА

Прошу вас виплатити мені, _____,

(ПІБ)

одноразову грошову допомогу відповідно до ЗУ «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей», Постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку призначення і виплати одноразової грошової допомоги в разі загибелі (смерті), інвалідності або часткової втрати працездатності без установаження інвалідності військовослужбовців, військовозобов'язаних та резервістів, які призвані на навчальні (або перевірочні) та спеціальні збори чи для проходження служби у військовому резерві» від 25 грудня 2013 року №975 у зв'язку з _____

(указуєте підставу: установаженням інвалідності I /II/ III групи; установаженням відсотка втрати працездатності (зазначаєте відсоток утрати працездатності)).

Виплату _____ прошу _____ здійснити _____ через _____

_____ (назва та реквізити банку, номер рахунку)

До заяви додаю:

1. Копію паспорта;
2. Копію ідентифікаційного номера платника податків;
3. Копію документа, що свідчить про причини та обставини поранення (контузії, травми або каліцтва), зокрема про те, що воно не пов'язане з учиненням особою кримінального чи адміністративного правопорушення або не є наслідком учинення нею дій у стані алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння, або навмисного нанесення собі тілесного ушкодження _____;
4. Копію постанови ВЛК від _____ № _____;
5. Оригінал довідки МСЕК від _____ № _____;
6. Копію реквізитів банківського рахунку.

«___» _____ 20__ р.

_____ (ПІБ)

_____ (підпис)