Додаток
до Порядку призначення і виплати одноразової грошової допомоги за шкоду життю та здоров’ю, завдану працівникам об’єктів критичної інфраструктури, державним службовцям, посадовим особам місцевого самоврядування внаслідок військової агресії Російської Федерації проти України

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(найменування територіального органу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Пенсійного фонду України)

**ЗАЯВА
про призначення і виплату одноразової грошової допомоги за шкоду життю та здоров’ю, завдану працівникам об’єктів критичної інфраструктури, державним службовцям, посадовим особам місцевого самоврядування внаслідок військової агресії Російської Федерації проти України**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
 (прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності) особи, яка подає заяву\*)

дата народження \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, номер телефону \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

адреса задекларованого/зареєстрованого місця проживання (перебування) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

паспорт громадянина України/тимчасове посвідчення громадянина України (для громадян України)/копія паспортний документ іноземця або документа, що посвідчує особу без громадянства, посвідка на постійне проживання, посвідка на тимчасове проживання, посвідчення біженця, посвідчення особи, яка потребує додаткового захисту, або інший документ, що підтверджує законність перебування іноземця чи особи без громадянства на території України, крім довідки про звернення за захистом в Україні (для іноземців та осіб без громадянства), відомості про унікальний номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі (за наявності):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Назва документа | Серія (за наявності) | Номер | Унікальний номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі (за наявності) | Найменування органу, який видав документ | Дата видачі |

реєстраційний номер облікової картки платника податків (крім фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовились від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків відповідно до закону)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | , |  |

прошу призначити \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 (прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
особи, якій призначається виплата)

відповідно до Закону України “Про одноразову грошову допомогу за шкоду життю та здоров’ю, завдану працівникам об’єктів критичної інфраструктури, державним службовцям, посадовим особам місцевого самоврядування внаслідок військової агресії Російської Федерації проти України” одноразову грошову допомогу за шкоду життю та здоров’ю, завдану працівникам об’єктів критичної інфраструктури, державним службовцям, посадовим особам місцевого самоврядування внаслідок військової агресії Російської Федерації проти України, як (зазначити необхідне):

особі, яка стала особою з інвалідністю, з числа:

□ працівників об’єктів критичної інфраструктури;

□ державних службовців;

□ посадових осіб місцевого самоврядування;

члену сім’ї загиблої (померлої) особи:

□ батькам, які до досягнення загиблим (померлим) повноліття не були позбавлені стосовно нього батьківських прав;

□ чоловіку/дружині, які не одружилися вдруге;

□ малолітнім та/або неповнолітнім дітям;

□ повнолітнім дітям, які навчаються за денною або дуальною формою здобуття освіти у закладах загальної середньої, професійної (професійно-технічної), фахової передвищої та вищої освіти (у тому числі у період між завершенням навчання в одному із зазначених закладів та вступом до іншого закладу або у період між завершенням навчання за одним рівнем освіти та продовженням навчання за іншим, за умови, що такий період не перевищує чотирьох місяців), до закінчення цих закладів освіти, але не довше ніж до досягнення ними 23 років;

□ повнолітнім дітям, які не мають (і не мали) своїх сімей;

□ повнолітнім дітям, які мають свої сім’ї, але стали особами з інвалідністю до досягнення повноліття;

□ утриманцям загиблого (померлого), яким у зв’язку з цим виплачується пенсія.

Одноразову грошову допомогу за шкоду життю та здоров’ю прошу виплатити (зазначити необхідне):

□ на банківський рахунок \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (за стандартом IBAN);

□ через організацію, що здійснює виплату і доставку пенсій та грошової допомоги (у разі виплати разом з пенсією, яка виплачується через таку організацію).

Повідомлення про отримання одноразової грошової допомоги, одноразової страхової виплати або одноразової компенсації за шкоду життю та здоров’ю, встановлених іншими нормативно-правовими:

□ не отримував;

□ отримував

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(назва та розмір виплати)

До заяви додано скановані копії документів:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Порядковий номер | Найменування документа | Номер документа (за наявності) |

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(підпис) |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\* Заява подається отримувачем особисто або його законним представником.