|  |  |
| --- | --- |
|  | В.о.Директора департаменту соціального захисту населення Волинської обласної державної адміністрації    від |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(вказати причину та групу інвалідності)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(прізвище, ім’я, по батькові)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(місце постійного проживання та реєстрації)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*ідентифікаційний номер інваліда - платника податків)*

ЗАЯВА

Прошу виплачувати мені компенсацію витрат на бензин, ремонт, технічне обслуговування автомобілів, відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 14 лютого 2007 року № 228.

Відповідно до Закону України „Про захист персональних даних” даю згоду управлінню соціального захисту населення Луцької РДА на обробку моїх персональних даних виключно з метою \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 р. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(підпис)

|  |  |
| --- | --- |
|  | В .О. Директора департаменту соціального захисту населення Волинської обласної державної адміністрації    від |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(вказати причину та групу інвалідності)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(прізвище, ім’я, по батькові)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(місце постійного проживання та реєстрації)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*ідентифікаційний номер інваліда - платника податків)*

ЗАЯВА

Прошу виплачувати мені компенсацію витрат на транспортне обслуговування інвалідів, відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 14 лютого 2007 року № 228 із змінами.

Відповідно до Закону України „Про захист персональних даних” даю згоду управлінню соціального захисту населення Луцької РДА на обробку моїх персональних даних виключно з метою \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(підпис)