**Начальнику управління праці**

**та соціального захисту населення**

 **Мукачівської міської ради**

 **Н.ЗОТОВІЙ**

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

 П.І.Б.:

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

 адреса:

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

 телефон:

 **ЗАЯВА.**

**Прошу надати матеріальну допомогу з нагоди відзначення ювілею (85, 90, 95, 100 і більше років).**

Мене ознайомлено з правилами надання матеріальної допомоги з міського бюджету, яку передбачає Програма додаткового соціально-медичного захисту жителів Мукачівської міської об’єднаної територіальної громади на 2020-2021 роки\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Додаток: документи на \_\_\_\_\_ аркушах.

 **Заповнюється адміністратором:**

 **адміністратор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

 (дата) (підпис)

 МП