**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