**Начальнику управління праці та**

**соціального захисту населення**

**Мукачівської міської ради**

**Н.ЗОТОВІЙ**

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

П.І.Б.:

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

адреса:

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

телефон:

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

**ЗАЯВА.**

**Прошу надати мені матеріальну допомогу­­­­­­ на придбання гігієнічних підгузок.**

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

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

Мене повідомлено, що допомога надається щомісяця з моменту звернення до кінця поточного року. У разі, якщо підгузки більше не потрібні, я зобов’язуюся повідомити про це управління праці та соціального захисту населення виконавчого комітету Мукачівської міської ради для припинення виплат.

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

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

**Заповнюється адміністратором:**

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

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

(дата) (підпис)

МП