

ЗАТВЕРДЖЕНО

рішенням виконавчого комітету

Збаразької міської ради

від 13.07.2022р. № 168

В.о. Збаразького міського голови

Р.П. Напованець

20.22р.



**ІНФОРМАЦІЙНА КАРТКА
АДМІНІСТРАТИВНОЇ ПОСЛУГИ 07-15**

Надання матеріальної (фінансової) допомоги сім'ям, члени яких були мобілізовані до Збройних сил України або добровільно вступили до Національної гвардії України та загинули під час захисту цілісності України беручи участь

у АТО та ООС (Донецька та Луганська область)

(назва адміністративної послуги)

Відділ охорони здоров'я та соціального захисту Збаразької міської ради

(найменування суб'єкта надання адміністративної послуги)

Інформація про центру надання адміністративної послуги		
Найменування центру надання адміністративної послуги, в якому здійснюється обслуговування суб'єкта звернення		Відділ «Центр надання адміністративних послуг» Збаразької міської ради
1.	Місце знаходження центру надання адміністративної послуги	47302, Тернопільська область, м. Збараж, вул.Б.Хмельницького, 4
2.	Інформація щодо режиму роботи центру надання адміністративної послуги	Понеділок, четвер, п'ятниця з 09:00 до 16:00 вівторок з 08:00 до 16:00, середа 09:00 до 20:00 без перерви на обід Субота, неділя -вихідний
3.	Телефон/факс (довідки), адреса електронної пошти та веб-сайт центру надання адміністративної послуги	Факс (гаряча лінія) (03550) 21412 E-mail: asc@zbarazh-rada.gov.ua
Нормативні акти, якими регламентується надання адміністративної послуги		
4.	Закони України	Закон України «Про місцеве самоврядування в Україні», стаття 34.
5.	Акти Кабінету Міністрів України	
6.	Акти центральних органів виконавчої влади	
7.	Акти місцевих органів виконавчої влади/ органів місцевого самоврядування	Положення про порядок надання одноразової матеріальної (фінансової) допомоги малозабезпеченим громадянам, які опинилися у скрутній життєвій ситуації і проживають на території Збаразької громади, затвердженого рішенням сесії Збаразької міської ради від 30.06.2022 №VIII/17/17 “Про внесення змін до Програм та Положення з питань соціальної підтримки громадян, які проживають на території Збаразької громади”.

Начальнику відділу охорони
здоров'я та соціального захисту
Збаразької міської ради
Ганні ХОДИНЧАК

прізвище, ім'я, по-батькові

соціальний стан

адреса проживання, № телефону

З А Я В А

Прошу надати матеріальну допомогу як члену сім'ї загиблого учасника АТО
(зазначається кого - прізвище, ім'я, по батькові)

Даю згоду на обробку моїх персональних даних відповідно до Закону України
«Про захист персональних даних».

(дата)

(підпис)