

Начальнику управління  
соціальної політики  
Тернопільської міської ради

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(прізвище, ім'я, по-батькові заявника)

дата народження \_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік народження згідно паспортних даних  
заявника )

адреса \_\_\_\_\_

телефон \_\_\_\_\_  
номер особового рахунку в пенс. посв.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(серія паспорта, ким і коли виданий)

електронна адреса (за наявності)

## ЗАЯВА

Прошу встановити статус та видати посвідчення особи з інвалідністю  
внаслідок війни \_\_\_\_\_ групи \_\_\_\_\_  
(група інвалідності)

Необхідні документи додаються.

Даю згоду на обробку моїх персональних даних.

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(підпис)

Начальнику управління  
соціальної політики  
Тернопільської міської ради

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(прізвище, ім'я, по-батькові заявника)

дата народження \_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік народження згідно паспортних даних  
заявника )

адреса \_\_\_\_\_

телефон \_\_\_\_\_  
номер особового рахунку в пенс. посв.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(серія паспорта, ким і коли виданий)

\_\_\_\_\_  
електронна адреса (за наявності)

### ЗАЯВА

Прошу продовжити термін дії посвідчення особи з інвалідністю внаслідок  
війни \_\_\_\_\_ групи в зв'язку з продовженням групи інвалідності  
(група інвалідності)

\_\_\_\_\_  
Необхідні документи додаються (копія довідки МСЕК).

Даю згоду на обробку моїх персональних даних.

\_\_\_\_\_  
(дата )

\_\_\_\_\_  
(підпис)

Начальнику управління  
соціальної політики  
Тернопільської міської ради

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(прізвище, ім'я, по-батькові заявника)

дата народження \_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік народження згідно паспортних даних  
заявника )

адреса \_\_\_\_\_

телефон \_\_\_\_\_  
номер особового рахунку в пенс. посв.  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(серія паспорта, ким і коли виданий)

\_\_\_\_\_

електронна адреса (за наявності)

### ЗАЯВА

Прошу видати нове посвідчення особи з інвалідністю внаслідок війни  
\_\_\_\_\_ групи в зв'язку з втратою оригіналу (або непридатністю для  
(група інвалідності)  
користування).

Необхідні документи додаються.

Даю згоду на обробку моїх персональних даних.

\_\_\_\_\_

(дата)

\_\_\_\_\_

(підпис)