

Форма заява до ІК (А-13-24-00)

Додаток до Порядку
в редакції ПКМ № 416 від 09.04.2024

Начальнику
управління соціальної політики
Тернопільської міської ради

ЗАЯВА
про надання статусу особи
з інвалідністю внаслідок війни

Я, _____,
(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) особи, яка подає заяву)

дата народження _____, номер телефону _____, адреса електронної пошти _____,
задеклароване/заресстроване місце проживання (перебування) або фактичне місце проживання (для внутрішньо
переміщених осіб) (підкреслити необхідне) _____

_____, довідка про взяття на облік внутрішньо
переміщеної особи: номер (за наявності) _____, видана _____, дата видачі
_____ (для внутрішньо переміщених осіб), паспорт громадянина України/тимчасове посвідчення
громадянина України (для громадян України), паспортний документ іноземця або документ, що посвідчує особу без
громадянства, посвідка на постійне проживання, посвідка на тимчасове проживання, посвідчення біженця, посвідчення
особи, яка потребує додаткового захисту, або інший документ, що підтверджує законність перебування іноземця або
особи без громадянства на території України, крім довідки про звернення за захистом в Україні (для іноземців та осіб
без громадянства):

Найменування документа	Серія (за наявності)	Номер	Унікальний номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі (за наявності)	Найменування органу, який видав документ	Дата видачі

реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відповідну відмітку в паспорті)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

прошу згідно з Порядком надання статусу особи з інвалідністю внаслідок війни особам, які отримали інвалідність внаслідок поранення, контузії, каліцтва або захворювання, одержаних під час безпосередньої участі в антитерористичній операції, здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації в Донецькій та Луганській областях, забезпеченні їх проведення, під час безпосередньої участі у заходах, необхідних для забезпечення оборони України, захисту безпеки населення та інтересів держави у зв'язку з військовою агресією Російської Федерації проти України, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 8 вересня 2015 р. № 685, - із змінами, внесеними постановою Кабінету Міністрів України від 9 квітня 2024 р. № 416, надати мені статус особи з інвалідністю внаслідок війни відповідно до пункту ____ (зазначити пункт) частини другої статті 7 Закону України "Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту" у зв'язку із встановленням (зазначити необхідне)

I групи; II групи; III групи

інвалідності, що підтверджується довідкою медико-соціальної експертної комісії: серія (за наявності) ____, номер (за

наявності) _____, дата видачі _____, видана _____, причина інвалідності _____, дата встановлення інвалідності _____, дата чергового перегляду _____.

Безпосередня участь в антитерористичній операції або заходах із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації в Донецькій та Луганській областях, або у заходах, необхідних для забезпечення оборони України, захисту безпеки населення та інтересів держави у зв'язку з військовою агресією Російської Федерації проти України (підкреслити необхідне), підтверджується

_____ (зазначаються дата, номер, вид та ким видано документ)

Також повідомляю про наявність/відсутність (підкреслити необхідне) статусу: учасника бойових дій; особи з інвалідністю внаслідок війни; учасника війни, члена сім'ї загиблого (померлого) ветерана війни або члена сім'ї загиблого (померлого) Захисника чи Захисниці України, постраждалого учасника Революції Гідності (підкреслити необхідне)

Посвідчення з написом "Посвідчення особи з інвалідністю внаслідок війни" бажаю отримати (зазначити необхідне):

за місцем оформлення посвідчення _____ (повне найменування та місцезнаходження

структурного підрозділу, на який покладено функції з питань ветеранської політики, районної, районної у м. Києві та Севастополі держадміністрації, виконавчого органу міської, районної у місті ради)

у центрі надання адміністративних послуг _____ (повне найменування

та місцезнаходження)

До заяви додано скановані копії документів:

Порядковий номер	Найменування документа	Номер документа (за наявності)

_____ (дата)

_____ (підпис)

Примітки: 1. Заява подається особою особисто або через законного представника недієздатної особи, особи, дієздатність якої обмежена, дитини.

2. Заява за формою подається особою через центр надання адміністративних послуг або місцевий структурний підрозділ з питань ветеранської політики.