

До _____
найменування управління виконавчої дирекції Фонду

Гр. _____
прізвище, ім'я та по батькові заявника

через уповноваженого представника на підставі доручення (за наявності)

Місце проживання:

повна адреса, за якою мешкає заявник

тел. _____

З А Я В А

На підставі статті 39 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб», постанови Кабінету Міністрів України від 17.06.2020 № 498 «Деякі питання надання страхових виплат у разі захворювання або смерті медичних працівників у зв'язку з інфікуванням гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2», прошу виплатити мені одноразову допомогу як _____ померлого (ї) _____
члену сім'ї, батьку/матері, утриманцю

повне ПІП померлого (ї)

внаслідок захворювання коронавірусною хворобою (COVID-19).

Мені відомо, що на день смерті померлого(ї) до складу сім'ї входили:

№ п/п	ПІП	Ступінь споріднення, інші відносини з померлим	Дата народження	Адреса місця реєстрації, проживання, номер телефону	Примітка (нотаріально посвідчена відмова тощо)

 дата, підпис заявника, ПП

Мені відомо, що на день смерті на утриманні померлого(ї) перебували:

№ п/п	ПП	Ступінь споріднення, інші відносини з померлим	Дата народження	Адреса місця реєстрації, проживання, номер телефону	Примітка (нотаріально посвідчена відмова тощо)

 дата, підпис заявника, ПП

Батьки померлого(ї):

№ п/п	ПП	Ступінь спорідненості	Адреса місця реєстрації, проживання, номер телефону	Примітка (нотаріально посвідчена відмова тощо)

Про наявність інших членів сім'ї, утриманців мені невідомо.

 дата, підпис заявника, ПП

Виплати прошу надсилати:

- на особовий рахунок в банку

№ _____ МФО _____

 (повна назва та реквізити банку)

Повідомляю, що я не отримував (ла) страхові виплати в іншому управлінні (відділенні) виконавчої дирекції Фонду.

 Підпис заявника, ПП

Відповідно до Порядку здійснення страхових виплат у разі захворювання або смерті медичних працівників у зв'язку з інфікуванням гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, та визначення їх розмірів, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 17.06.2020 № 498 «Деякі питання надання страхових виплат у разі захворювання або смерті медичних працівників у зв'язку з інфікуванням гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2», до заяви додаються такі документи:

№	Назва документу	Кількість	Дата	Підпис

п/п		сторінок		
1	Копія паспорта громадянина України, засвідчена підписом працівника управління (відділення) Фонду при пред'явленні оригіналу			
2	Копія реєстраційного номера облікової картки платника податків, засвідчена підписом працівника управління (відділення) Фонду при пред'явленні оригіналу			
3	Примірник акта розслідування (спеціального розслідування) нещасного випадку, гострого професійного захворювання (отруєння), аварії за встановленою формою			
4	Копія свідоцтва про смерть медичного працівника (із пред'явленням оригіналу), засвідчена підписом працівника управління (відділення) Фонду при пред'явленні оригіналу			
5	Копія свідоцтва про народження медичного працівника, засвідчена підписом працівника управління (відділення) Фонду при пред'явленні оригіналу (у разі виплати грошової допомоги батькам медичного працівника)			
6	Копія свідоцтва про шлюб, засвідчена підписом працівника управління (відділення) Фонду при пред'явленні оригіналу (у разі виплати грошової допомоги дружині (чоловікові) медичного працівника)			
7	Копія свідоцтва про народження дитини, засвідчена підписом працівника управління (відділення) Фонду при пред'явленні оригіналу (у разі виплати грошової допомоги дитині)			
8	Копія рішення суду у разі виплати грошової допомоги дитині, засвідчена підписом працівника управління (відділення) Фонду при пред'явленні оригіналу			
9	Рішення суду про встановлення факту нещасного випадку, факту перебування на утриманні, утримання із заробітної плати (доходу) аліментів, установлення статусу члена сім'ї (за наявності рішення суду з цих питань)			
10	Довідка роботодавця про утримання із заробітної плати (доходу) померлого медичного працівника на користь особи, яка має право на утримання, аліментів відповідно до закону або рішення суду (у разі такого утримання)			
11	Інформація про рахунки, відкриті в			

	банківських установах для перерахування коштів			
12	Заява про відмову від отримання одноразової допомоги (нотаріально засвідчена)			
13	Довіреність на уповноваженого представника			
14	Рішення про призначення особи опікуном чи піклувальником			

Мені відомо, що одноразова допомога виплачується разово та розподіляється пропорційно між усіма особами, що мають на це право та звернулися за одноразовою допомогою.

Якщо після виплати одноразової допомоги за її одержанням звертаються інші особи, які мають на це право, питання перерозподілу виплаченої одноразової допомоги вирішується ними за домовленістю з особами, які отримали таку допомогу або у судовому порядку.

_____ дата

_____ (підпис заявника)

_____ (ППП заявника)

Заява з додатком документів на _____ аркушах перевірена, прийнята

_____ 20__ та зареєстрована в журналі обліку заяв під № _____.

_____ (прізвище, підпис, посада працівника, який прийняв документи)

Відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» (далі - Закон) даю згоду на обробку моїх персональних даних, збір та перевірки достовірності інформації, що містяться у справі про страхові виплати, передачу даних третім особам з метою забезпечення реалізації норм статті 39 Закону України «Захист населення від інфекційних хвороб» та постанови Кабінету Міністрів України від 17.06.2020 № 498 «Деякі питання надання страхових виплат у разі захворювання або смерті медичних працівників у зв'язку з інфікуванням гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2».

Зобов'язуюся в разі зміни моїх персональних даних до проведення страхової виплати подати у найкоротший строк уточнену достовірну інформацію та оригінали відповідних документів для оновлення моїх персональних даних.

_____ дата

_____ (підпис заявника)

_____ (ППП)