

Міністерство у справах ветеранів України

\_\_\_\_\_

(П.І.Б.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(адреса)

\_\_\_\_\_

(телефон)

**ЗАЯВА**  
про виплату одноразової грошової допомоги у зв'язку з установленням інвалідності

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(підпис)

\_\_\_\_\_

(П.І.Б.)

“ \_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 202\_ року

Заповнюється адміністратором:

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_ р.  
(дата надходження заяви)

\_\_\_\_\_

(підпис)

Реєстраційний номер \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(ініціали та прізвище адміністратора)