………………………………………………, …………………………………..

(Місцевість і дата)

**ПЕРСОНАЛЬНІ ДАНІ КЛОПОТАЛЬНИКА:**

ІМ’Я І ПРІЗВИЩЕ:………………………………………………………………………………………………………

ДАТА НАРОДЖЕННЯ:   

*день місяць рік*

**КОНТАКТНІ ДАНІ:**

АКТУАЛЬНЕ МІСЦЕ ПРОЖИВАННЯ

**…………………………………………………………………………………………..**

ВУЛИЦЯ, НОМЕР БУДИНКУ/НОМЕР ПОМЕШКАННЯ

** ………………………………………………………………**

ПОШТОВИЙ ІНДЕКС МІСЦЕВІСТЬ ПОШТОВИЙ

⁺ ⁻   

№ ТЕЛЕФОНУ/НЕОБОВ’ЯЗКОВО

**КЛОПОТАННЯ**

**ПРО НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА ІНШОЇ ДОПОМОГИ ОСОБІ, ЯКА ОДЕРЖАЛА ТИМЧАСОВИЙ ЗАХИСТ НА ТЕРИТОРІЇ РП**

Я звертаюся із клопотанням про надання мені медичної допомоги, а також надання допомоги у вигляді:

* Грошової допомоги для особи, яка користується тимчасовим захистом на території РП

ЗАЯВА СТОСУЄТЬСЯ МОЄЇ СІМ’Ї:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ П/П** | **ІМ’Я ТА ПРІЗВИЩЕ** | **ДАТА НАРОДЖЕННЯ** | **СТУПІНЬ СПОРІДНЕНОСТІ/РОДИННІ ЗВ’ЯЗКИ** | **№ У СИСТЕМІ** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |

Я заявляю, що мені повідомлено про те, що я повинен/повинна повідомити Керівникові Управління у справах іноземців про кожну зміну моєї адреси. Мені також повідомлено про те, що – у випадку недотримання мною вимоги про повідомлення щодо зміни адреси – надіслання кореспонденції за попередньою адресою тягне за собою юридичні наслідки (вона вважатиметься дорученою).

…………………………………………………………… ……………………………………………………………

ДАТА ПЫДПИС