Виконуючому обов’язки начальника управління з питань ветеранської політики Сумської обласної державної адміністрації

Ігорю ТИХОНКОВУ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прізвище, ім’я, по-батькові

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Місце реєстрації, проживання

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактний телефон

Згода

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, батько (мати, дружина, чоловік) загиблого(ої) Захисника(ці) України\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

даю згоду на отримання одноразової матеріальної допомоги з обласного бюджету як члену сім’ї загиблого (померлого) Захисника і Захисниці України відповідно до Порядку надання одноразової матеріальної допомоги Захисникам і Захисницям України та сім’ям загиблих (тих, які пропали, безвісти), померлих Захисників і Захисниць України \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (прізвище, ім’я, по батькові) в повному обсязі.

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Підпис \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_