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

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