**Управління праці та соціального**

**захисту населення адміністрації \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*району* Харківської міської ради**

Прізвище, ім’я, по-батькові

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

Адреса зареєстрованого/фактичного місця проживання\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Категорія пільговика **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Телефон ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

ЗАЯВА

Прошу здійснювати виплату пільги в грошовій готівковій формі. Реквізити поточного рахунку уповноваженого банку додаю.

*Я ознайомлений(а), що при зміні місця проживання, складу сім’ї та при відновленні права на пільги необхідно повідомити Управління праці та соціального захисту населення протягом трьох днів.*

*Я ознайомлений(а), що у разі наявності простроченої понад місяць заборгованості з оплати послуг (внесків/платежів), сума якої перевищує 20 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян, у пільговиків, які отримують пільгу у грошовій готівковій формі, надалі виплата пільги здійснюється у грошовій безготівковій формі.*

Я надаю згоду на використання та обробку моїх персональних даних відповідно до Закону України «Про захист персональних даних», які будуть внесені до бази ЄДАРП з метою ведення персоніфікованого обліку осіб, які мають право на пільги за соціальною ознакою та проведення відшкодування витрат підприємствам за надані послуги з урахуванням пільг у відповідності з чинним законодавством.

\*Надаю згоду на передачу моїх персональних даних третім особам, безпосередньо задіяним в забезпеченні обміну документами та інформацією, з метою надання послуг соціального характеру.

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