

В Филиал Государственного фонда поддержки участников
Специальной военной операции «Защитники отечества»

по Нижегородской области

от _____

(фамилия, имя, отчество)

(дата рождения)

Адрес регистрации по месту жительства (пребывания)

в Российской Федерации: _____

Адрес фактического проживания в Российской Федерации:

(заполняется если отличается от места регистрации): _____

Номер телефона: _____

Паспорт: серия _____ номер _____

Дата выдачи: _____

Кем выдан: _____

Адрес электронной почты (при наличии) _____

СНИЛС: _____

ФИО представителя _____

(документ, подтверждающий полномочия)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о направлении сведений для получения комплексного сопровождения филиалом Фонда
участника СВО

Прошу оказать мне помощь в решении следующих вопросов:

- ☐ Комплексное сопровождение филиалом Фонда
- ☐ Оказание психологической помощи;
- ☐ Оказание юридической помощи;
- ☐ Содействие в трудоустройстве, профессиональная ориентация, обучение/переобучение;
- ☐ Содействие в получении удостоверения ветерана боевых действий;
- ☐ Содействие в получении медицинской помощи, медицинской реабилитации;
- ☐ Содействие в оформлении мер поддержки;
- ☐ Адаптация жилого помещения под нужды инвалида;
- ☐ Обеспечение техническими средствами реабилитации.

О себе сообщаю следующее:

1. Категория участника СВО:

- ☐ Мобилизованный
- ☐ Военнослужащий по контракту
- ☐ Сотрудник ЧВК
- ☐ Лицо добровольческого формирования
- ☐ Защитник Донбасса

2. Наличие инвалидности (ДА/НЕТ)
(подчеркнуть)

Если ДА, группа инвалидности:

☐ I группа ☐ II группа ☐ III группа

Достоверность сообщенных сведений подтверждаю. Предупрежден(а) об ответственности за предоставление недостоверных сведений.

Против проверки представленных сведений, содержащихся в представленных мною документах, не возражаю.

Дата _____

Подпись заявителя/ _____
(расшифровка подписи)