

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 члена семьи
погибшего (умершего) участника СВО

Прошу оказать мне помощь в решении следующих вопросов:

☐

Комплексное сопровождение филиалом Фонда

☐

Оказание психологической помощи;

☐

Оказание юридической помощи;

☐

Содействие в получении удостоверения члена семьи погибшего (умершего) ветерана боевых действий;

☐

Содействие в получении денежных выплат, связанных с гибелью военнослужащих;

О себе сообщаю следующее:

1. Категория члена семьи участника СВО:

☐

Совершеннолетний член семьи погибшего (умершего) ветерана боевых действий;

☐

Несовершеннолетний член семьи погибшего (умершего) ветерана боевых действий

☐

Дети старше 18 лет, обучающиеся в организациях, осуществляющих образовательную деятельность по очной форме обучения, но не более чем до достижения ими возраста до 23 лет

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)