

**Директору департаменту
соціального захисту
населення Миколаївської
облдержадміністрації
Оксані ЄЛЬЧІЄВІЙ**

Прізвище, ім'я, по батькові
заявника

Домашня адреса, телефон

Статус (пенсіонер, інвалід

війни, учасник війни,

багатодітна сім'я, робітник,

безробітний та інші)

З А Я В А
(пропозиція, скарга)

1. Чітко викласти суть порушеного питання.
2. Викласти своє прохання, вимогу чи рекомендацію.

Підпис, дата

НАПРИКЛАД

**Директору департаменту соціального
захисту населення Миколаївської
облдержадміністрації
Оксані ЄЛЬЧІЄВІЙ**

Іванова Івана Івановича

(пенсіонер, інвалід III групи)

Вознесенський район,

с/мт Воскресенське,

вул. О. Суворова, 01

номер тел. моб. 050-564 00 01

номер тел. дом. 56-00-05

Заява

Прошу виділити мені матеріальну допомогу на лікування та вирішення соціально-побутових питань (копії документів додаються).

07.10.2020 р. підпис _____ (Іванов І.І.)