УТВЕРЖДЕНО

Указом Главы Донецкой Народной Республики

от 06.12.2017 №347

ФОРМА

заявления об установлении единовременной компенсации

за вред жизни и здоровью граждан, причиненный в результате агрессии

Вооруженных Сил и вооруженных формирований Украины

|  |  |
| --- | --- |
| ***Заполняется: заявителем / уполномоченным представителем семьи*** |  |
| В Комиссию по оказанию помощи пострадавшим при военных действиях (далее – Комиссия) |  |
| от |  |
| зарегистрирован (а) по адресу: |  |
|  |  |
| проживаю по адресу |  |
|  |  |  | , контактный телефон |  |
| Паспорт или другой документ, удостоверяющий личность: серия |  | № |  | , выданный |  |  |
|  |  |  | « |  | » |  | 20 |  | г. |  |
| регистрационный номер учетной карточки налогоплательщика (идентификационного номера) **/** справка о присвоении идентификационного номера  |
|  |  |
| дата рождения | « |  | » |  |  |  | г. |

**Заявление об установлении единовременной компенсации за вред жизни и здоровью граждан, причиненный в результате агрессии Вооруженных Сил и вооруженных формирований Украины**

**(далее – единовременная компенсация)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Прошу установить** |  | **Обстоятельства**  |
| **Единовременную компенсацию** **в связи с гибелью (смертью)****ФИО погибшего(ей)/умершего(ей)****дата гибели (смерти)** | RE12629_IMG_001гражданское лицоRE12629_IMG_001военнослужащий | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Единовременную компенсацию** **в связи с полученным ранением, контузией, увечьем, инвалидностью****дата ранения, контузии, увечья** | RE12629_IMG_001гражданское лицоRE12629_IMG_001военнослужащий | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**К заявлению прилагаются документы:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Наименование документа** | **Количество листов**  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **ВСЕГО:**  |  |
|        Прошу выплату производить: Re12629_IMG_001 через ГП «Почта Донбасса» ДНР RE12629_IMG_001 через ЦРБ ДНР |

**Состав семьи погибшего(ей)/умершего(ей)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **ФИО члена семьи** | **Родственные отношения с погибшим(ей)/умершим(ей)** | **Дата рождения** | **Адрес проживания** | **Контактный телефон** | **Прошу выплату производить через** (указать ГП Почта Донбасса» или ЦРБ ДНР) |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| **6** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  **8** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  **9** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

***Я/члены семьи погибшего(ей) (умершего(ей) даю(ем) Комиссии согласие на сбор и обработку персональных данных, которые необходимы для получения единовременной компенсации, а также на передачу такой информации третьим лицам исключительно в пределах, установленных Законом Донецкой Народной Республики «О персональных данных».***

*Я беру на себя персональную ответственность за полноту и достоверность предоставленной мною информации. Осознаю, что предоставленные мной сведения, которые повлияли или могли повлиять на установление права на единовременную компенсацию и на ее размер, будут проверены согласно действующему законодательству Донецкой Народной Республики.*

*В случае предоставления неполных или недостоверных сведений предупрежден(а) о возмещении неправомерно полученных денежных средств.*

*В случае изменений в составе семьи или возникновения других обстоятельств, влияющих на право получения единовременной компенсации или ее размер, я обязуюсь сообщить об этом в Комиссию в трехдневный срок.*

***Заполняется ответственным лицом Комиссии***

Сведения предоставленных документов сверены.

Заявление и документы на \_\_\_\_ листах приняты “\_\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. и зарегистрированы под N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Уполномоченное лицо** |  | **Ознакомился** |  |
|  | *(фамилия и подпись уполномоченного лица)* |  | *(подпись заявителя, уполномоченного представителя семьи)* |

***Заполняется уполномоченным лицом Комиссии***

Сведения предоставленных документов сверены.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Уполномоченное лицо** |  | **Ознакомился** |  |
|  | *(фамилия и подпись уполномоченного лица)* |  | *(подпись заявителя, уполномоченного представителя семьи)* |

Заявление и документы на \_\_\_\_ листах приняты “\_\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. и зарегистрированы под N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.