Начальнику управління

соціального захисту населення

Первомайської міської ради

Харківської обл.

Сторожевій В.Г.

особи з інвалідністю, законного представника особи з інвалідністю,

дитини з інвалідністю

 (необхідне підкреслити)

2 групи внаслідок війни

 (вказати причину та групу інвалідності)

 Іванова Петра Григоровича

 (прізвище, ім’я, по батькові заявника)

 64102, Харківська обл.,

м. Первомайський, 3 мікрорайон,

буд. 1, кв. 131

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ( місце реєстрації заявника)

1234567890 (ідентифікаційний номер)

**З А Я В А**

 Прошу Вас проводити виплату грошової компенсації на бензин, ремонт і технічне обслуговування автомобіля, транспортне обслуговування, згідно висновку облМСЕК від 25.01.2020 р. № 3345678 встановлені медичні показання для забезпечення безоплатним або на пільгових умовах автомобілем, керування автомобілем

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_протипоказано\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дозволено, протипоказано)

син - Іванов Михайло Петрович \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наявність членів сім’ї, які можуть керувати автомобілем) (у разі протипоказання до керування автомобілем)

 “\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата) (підпис)