**Директору департаменту соціальної політики**

**Коломийської міської ради**

**Людмилі Яремчук**

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

адреса:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

місце роботи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

моб. тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВА (клопотання)**

**від батьків (осіб, що їх замінюють) із проханням щодо оздоровлення дитини, яка потребує особливої соціальної уваги і підтримки, за бюджетні кошти**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **до оздоровчого закладу:** | | | | | |
| назва закладу  (вказується безпосередньо під час формування заяви, або може бути занесена пізніше під час розгляду звернення) | | | | |  |
| місцезнаходження закладу  вказується безпосередньо під час формування заяви, або може бути занесена пізніше під час розгляду звернення) | | | | |  |
| **на зміну :** | | | | | |
| номер зміни  (вказується безпосередньо під час формування заяви, або може бути занесена пізніше під час розгляду звернення) | | | | |  |
| термін зміни, (з-по)  (вказується безпосередньо під час формування заяви, або може бути занесена пізніше під час розгляду звернення) | | | | |  |
| **для моєї дитини :** | | | | | |
| ПІБ дитини | |  | | | |
| дата народження дитини | |  | | | |
| місце навчання дитини, клас | |  | | | |
| **Зазначаю, що моя дитина** | | | | | |
| **належить** до пільгової категорії (обрати і позначити згідно поданих документів про підтвердження статусу) | |  | діти-сироти, діти, позбавлені батьківського піклування | | |
|  | дітей осіб, визнаних учасниками бойових дій відповідно до [пунктів 19](http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/3551-12/paran73#n73)-21 частини першої статті 6 Закону України "Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту"; | | |
|  | дітей, один із батьків яких загинув (пропав безвісти) у районі проведення антитерористичних операцій, бойових дій чи збройних конфліктів або помер внаслідок поранення, контузії чи каліцтва, одержаних у районі проведення антитерористичних операцій, бойових дій чи збройних конфліктів, а також внаслідок захворювання, одержаного у період участі в антитерористичній операції; | | |
|  | дітей, один із батьків яких загинув під час масових акцій громадянського протесту або помер внаслідок поранення, контузії чи каліцтва, одержаних під час масових акцій громадянського протесту; | | |
|  | дітей, зареєстровані як внутрішньо переміщені особи; | | |
|  | рідних дітей батьків-вихователів або прийомних батьків, які проживають в одному дитячому будинку сімейного типу або в одній прийомній сім’ї; | | |
|  | дітей, взятих на облік службами у справах дітей як такі, що перебувають у складних життєвих обставинах; | | |
|  | дітей з інвалідністю; | | |
|  | дітей з багатодітних сімей; | | |
|  | дітей з малозабезпечених сімей; | | |
|  | дітей, які перебувають на диспансерному обліку; | | |
|  | талановитих та обдарованих дітей - переможців міжнародних, всеукраїнських, обласних, міських, районних олімпіад, конкурсів, фестивалів, змагань, спартакіад, відмінників навчання, лідерів дитячих ГО; | | |
|  | дітей, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи; | | |
|  | дітей, які постраждали внаслідок стихійного лиха, техногенних аварій, катастроф; | | |
|  | дітей, батьки яких загинули від нещасного випадку на виробництві або під час виконання службових обов’язків; | | |
|  | інші категорії дітей, визначені відповідно до місцевих програм з оздоровлення та відпочинку дітей. | | |
| **Забов’язуюсь не пізніше ніж за три дні до початку відповідної зміни:** | | | | | |
| **1** | забезпечити перерахування коштів батьківської доплати до обраного мною закладу у сумі: (зазначити суму) | | | | |
| **2** | у разі хвороби дитини, чи виникнення інших поважних обставин, що унеможливлюють її направлення, повідомити про це відповідний орган виконавчої влади та заклад | | | | |
| **3** | забезпечити проходження моєю дитиною медичного огляду, оформлення медичної довідки форми 079/о та довідки про санепідоточення, виписки про щеплення. | | | | |
| **4** | документи додаються на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ аркушах. | | | | |
| Засвідчую власним підписом достовірність усіх наданих в заяві даних, а також те, що моя дитина у поточному році не забезпечувалась оздоровленням з використанням часткової або повної оплати вартості путівки за рахунок коштів усіх рівнів бюджетів наданих органами виконавчої влади, місцевого самоврядування іншої адміністративно-територіальної одиниці області або України.  Також власним підписом засвідчую, що я даю свою згоду на автоматизовану, а також без використання засобів автоматизації обробку (включаючи збирання, накопичення, зберігання та використання) моїх персональних даних та персональних даних моєї дитини відповідно до Закону України від 01.06.2010 року № 2297 - VІ «Про захист персональних даних». | | | | | |
|  | | | |  | |
| (Дата подачі заяви) | | | | (Підпис особи-заявника) | |