Директору Департаменту соціального захисту населення Хмельницької ОДА

*(необхідне підкреслити)*

від особи з інвалідністю

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(вказати причину та групу інвалідності)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(прізвище, ім’я, по батькові )*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(ідентифікаційний номер інваліда – платника податків)*

**ЗАЯВА**

Прошу забезпечити мене автомобілем

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

*(вказати, яким автомобілем з ручним керуванням, зі звичайним керуванням, хто із членів сім’ї буде керувати автомобілем)*

Мені роз'яснено, що відповідно до Порядку забезпечення інвалідів автомобілями я можу бути взятий на облік на отримання автомобіля у разі, якщо я не маю в особистому користуванні автомобіля та за умови, що протягом 7 років перед постановкою на облік і отриманням автомобіля я не купував(-ла) автомобільі не отримував(-ла) його в якості благодійної допомоги, термін експлуатації якого на дату придбання не перевищував 10 років. Крім того, я можу мати в користуванні протягом 10 років лише один автомобіль, одержаний через органи пращ та соціального захисту населення, у тому числі за рахунок коштів місцевого бюджету, і коштів, передбачених у бюджеті Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України, безплатно або на пільгових умовах без права продажу, передачі та дарування іншій особі (у тому числі за довіреністю).

Після закінчення встановленого терміну експлуатації я зобов'язуюся повернути автомобіль органам соціального захисту населення в повній комплектності до отримання нового. У разі настання черги на отримання автомобіля і відмови від його одержання замість автомобіля я можу одержувати компенсацію на транспортне обслуговування.

Повідомляю, що я маю (не маю) в користуванні автомобіль

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

*(модифікація)*

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

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

*(серія, номер, дата отримання технічного паспорта)*

одержаний безплатно або на пільгових умовах \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ через

*(дата отримання, купівлі автомобіля)*

органи соціального захисту населення, у т. ч. автомобіль, отриманий як благодійна допомога.

Мені повідомлено, що мої персональні дані будуть внесені до централізованого банку даних з проблем інвалідності з метою забезпечення автомобілем.

**" "\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**20\_\_\_ р. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(підпис інваліда)*

Заява \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_про отримання автомобіля зареєстрована

*(прізвище та ініціали заявника)*

“\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_р. в управлінні соціального захисту населення Старокостянтинівської міської ради у журналі реєстрації обліку під № \_\_\_\_\_\_\_\_та видано направлення на МСЕК. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(підпис уповноваженої особи)*

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Розписка

Заява \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ про отримання автомобіля зареєстрована

*(прізвище та ініціали заявника)*

“\_\_\_\_„ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 р.в управлінні соціального захисту населення Старокостянтинівської міської ради у журналі реєстрації обліку під № \_\_\_\_\_\_\_та видано направлення на МСЕК

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(підпис уповноваженої особи)*