

Інформація про осіб, які фактично проживають у житловому приміщенні (будинку)

№ з/п	Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності)	Родинний зв'язок (стосовно заявника)

домогосподарство відключене від централізованого постачання теплової енергії та/або постачання природного газу і для обігріву житлового приміщення (будинку) використовуються побутові електроприлади

так ні

житлове приміщення (будинок), яке (який) перебуває у власності та на яке (який) оформлено спадщину (у будь-кого із складу домогосподарства або члена сім'ї особи із складу домогосподарства) передано в оренду

так ні

у житловому приміщенні (будинку) є декілька розділених особових рахунків

так ні

за однією адресою є декілька житлових приміщень (будинків) з розділеними особовими рахунками

так ні

Відомості щодо майнового стану, додаткових джерел для існування, не зазначені особою у декларації про доходи і витрати осіб, які звернулися за призначенням житлової субсидії: _____

IV. Інформація для призначення пільги з оплати комунальних послуг

житлове приміщення (будинок) відключене від централізованого опалення (теплопостачання), для обігріву житлового приміщення (будинку) використовуються побутові електроприлади

так ні

V. Інформація для призначення щомісячної грошової допомоги особі, яка проживає разом з особою з інвалідністю I чи II групи внаслідок психічного розладу, яка за висновком лікарської комісії медичного закладу потребує постійного стороннього догляду, на догляд за нею

№ з/п	Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) особи, яка звертається за призначенням щомісячної грошової допомоги особі, яка проживає разом з особою з інвалідністю I чи II групи внаслідок психічного розладу, яка за висновком лікарської комісії медичного закладу потребує постійного стороннього догляду, на догляд за нею	Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) особи з інвалідністю I чи II групи внаслідок психічного розладу

Особа, яка звертається за призначенням щомісячної грошової допомоги особі, яка проживає разом з особою з інвалідністю I чи II групи внаслідок психічного розладу, яка за висновком лікарської комісії медичного закладу потребує постійного стороннього догляду, на догляд за нею(зазначити потрібне):

здійснює догляд за особою з інвалідністю I чи II групи внаслідок психічного розладу

так

ні

zareєстрована на одній житловій площі разом з особою з інвалідністю I чи II групи внаслідок психічного розладу

постійно проживає на одній житловій площі за місцем реєстрації особи з інвалідністю I чи II групи внаслідок психічного розладу, але zareєстрована в іншому місці

VI. Інша додаткова інформація (за потреби)

Посадова особа виконавчого органу сільської, селищної, міської ради територіальної громади

(посада, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ)

(підпис)

Особа, яка звернулася за державною виплатою

(власне ім'я ПРІЗВИЩЕ)

(підпис)

Інша особа, яка може засвідчити достовірність даних, наведених в акті

(власне ім'я ПРІЗВИЩЕ)

(підпис)