Додаток 1  
до Порядку

ЗАЯВА   
про надання одноразової матеріальної допомоги   
застрахованим особам \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(прізвище, ім’я, по батькові (за наявності)

|  |  |
| --- | --- |
| Дата народження \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Номер телефону \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Реєстраційний номер облікової картки платника податків та номер паспорта (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку у паспорті)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Місце проживання \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Номер банківського рахунка для виплати одноразової матеріальної допомоги, відкритий на ім’я застрахованої особи |  |
| КВЕД суб’єкта господарювання, в якому застрахована особа працює |  |

підтвердження відповідності застрахованої особи критеріям, передбаченим частинами першою та другою статті 2 Закону України “Про соціальну підтримку застрахованих осіб та суб’єктів господарювання на період здійснення обмежувальних протиепідемічних заходів, запроваджених з метою запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2”:

|  |  |
| --- | --- |
|  | На дату подання цієї заяви я за основним місцем роботи є найманим працівником суб’єкта господарювання, робота якого тимчасово зупинена внаслідок здійснення обмежувальних протиепідемічних заходів, запроваджених з метою запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | На дату подання цієї заяви я є фізичною особою —підприємцем, економічна діяльність якого тимчасово зупинена внаслідок здійснення обмежувальних протиепідемічних заходів, запроваджених з метою запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2 |

Я усвідомлюю, що наведені мною відомості, що вплинули на надання одноразової матеріальної допомоги застрахованим особам, будуть перевірені згідно із законодавством.

Я ознайомлений про обов’язок повернення отриманої одноразової матеріальної допомоги застрахованим особам у разі подання недостовірної інформації, наданої мною для її отримання (стягнення в примусовому порядку або самостійне повернення).

### \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_