Додаток 2   
до Порядку   
(в редакції постанови Кабінету Міністрів України   
від 29 грудня 2023 р. № 1413)

ЗАЯВА   
особи, що розмістила внутрішньо переміщених осіб, про отримання компенсації витрат

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(прізвище, власне імʼя, по батькові (за наявності)

стать \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ; паспорт громадянина України \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;   
 (чоловіча/жіноча) (серія (за наявності), номер, дата видачі)

унікальний номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;  
 (за наявності)

місце проживання (перебування): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  
 (область, район, населений пункт, вулиця, номер будинку, квартири)

який (яка) є власником житлового приміщення або його представником, наймачем (орендарем) житла державної або комунальної власності, спадкоємцем приватного житлового фонду, в якому тимчасово проживають внутрішньо переміщені особи, за адресою: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(адреса місцезнаходження об’єкта нерухомого майна (область, район, населений пункт, вулиця, номер будинку, квартири)

за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ року

(місяць)

Суму компенсації прошу визначити виходячи з проживання у житловому приміщенні таких фізичних осіб:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Поряд-ковий номер | Прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності) внутрішньо переміщеної особи | Стать (чоловіча/ жіноча) | Серія (за наявності), номер паспорта громадянина України, свідоцтва про народження та унікальний номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі (за наявності) | Дата народження (день, місяць, рік) | Реєстраційний номер облікової картки платника податків \* | Зареєстроване/задеклароване місце проживання (перебування) внутрішньо переміщеної особи | Дата і номер довідки про взяття на облік внутрішньо переміщеної особи | Контактний номер телефону внутрішньо переміщеної особи | Кількість людино-днів у відповідному місяці |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Номер банківського рахунка для перерахування суми компенсації (за стандартом IBAN)

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (контактний номер телефону) | \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ р. |

Своїм підписом підтверджую:

факт відсутності заборгованості за житлово-комунальні послуги, безоплатного проживання за зазначеною адресою внутрішньо переміщених осіб та правильність поданої ними інформації;

факт відсутності родинних зв’язків з внутрішньо переміщеними особами (внутрішньо переміщені особи не є моїми: чоловіком/дружиною, батьком/матір’ю, донькою/сином, онуками (зокрема повнолітні особи).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\* Крім 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 в паспорті.