Додаток 1  
до Положення про міжвідомчу комісію з питань   
встановлення факту отримання особами поранень чи інших ушкоджень здоров’я, одержаних   
від вибухових речовин, боєприпасів   
і військового озброєння на території проведення антитерористичної операції, здійснення   
заходів із забезпечення національної безпеки   
і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій   
та Луганській областях, проведення заходів,   
необхідних для забезпечення оборони України,   
захисту безпеки населення та інтересів держави у зв’язку з військовою агресією   
Російської Федерації проти України  
(пункт 1 розділу III)

Міжвідомчій комісії з питань встановлення   
фактів отримання особами поранень   
чи інших ушкоджень здоров’я, одержаних   
від вибухових речовин, боєприпасів   
і військового озброєння на території   
проведення антитерористичної операції, здійснення заходів із забезпечення   
національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії   
Російської Федерації у Донецькій   
та Луганській областях, проведення заходів,   
необхідних для забезпечення оборони України,   
захисту безпеки населення та інтересів держави   
у зв’язку з військовою агресією   
Російської Федерації проти України

ЗАЯВА

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності) особи, яка подає заяву\*)

дата народження \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, номер телефону \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

задеклароване/зареєстроване місце проживання (перебування) або фактичне місце проживання

(для внутрішньо переміщених осіб) (підкреслити потрібне)

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт громадянина України:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Найменування документа | Серія  (за наявності) | Номер | Найменування органу,  який видав документ | Дата видачі |
|  |  |  |  |  |

реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку в паспорті громадянина України)



прошу встановити факт поранення (іншого ушкодження здоров’я) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності) особи, щодо якої встановлюється   
факт поранення (іншого ушкодження здоров’я)

від вибухових речовин, боєприпасів і військового озброєння на території проведення антитерористичної операції, здійснення заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях, проведення заходів, необхідних для забезпечення оборони України, захисту безпеки населення та інтересів держави у зв’язку з військовою агресією Російської Федерації проти України.

Ушкодження здоров’я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(зазначити вид ушкодження здоров’я)

одержане на території проведення антитерористичної операції, здійснення заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях, проведення заходів, необхідних для забезпечення оборони України, захисту безпеки населення та інтересів держави у зв’язку з військовою агресією Російської Федерації проти України \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(дата і місце одержання ушкодження)

що підтверджує копія первинної медичної облікової документації, виданої \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(найменування закладу охорони здоров’я)

яка додається.

В подальшому я неодноразово звертався (зверталася) за медичною допомогою і лікуванням до закладів охорони здоров’я, що підтверджується копіями первинних медичних облікових документів, які додаються/не звертався (зверталася) (необхідне підкреслити).

За фактом ушкодження здоров’я у \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ р.

(календарний місяць)

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

(найменування правоохоронного органу)

порушено кримінальне провадження, що підтверджує витяг із Єдиного реєстру досудових розслідувань, який додається.

За результатами проведеної медико-соціальної експертизи мені встановлено

І групу; ІІ групу; ІІІ групу

інвалідності (зазначити потрібне), що підтверджує довідка медико-соціальної експертної комісії, яка додається.

До заяви додаю документи:

1. Копії сторінок паспорта громадянина України на \_\_\_\_\_ арк.

2. Копія документа, що засвідчує реєстрацію у Державному реєстрі фізичних осіб — платників податків, на \_\_\_\_\_ арк.

3. Копії первинної медичної облікової документації на \_\_\_\_\_ арк.

4. Копія довідки медико-соціальної експертної комісії про групу та причину інвалідності або копія висновку лікарсько-консультативної комісії лікувально-профілактичного закладу про встановлення особі віком до 18 років категорії «дитина з інвалідністю» на \_\_\_\_\_ арк.

5. Довідка про відсутність (наявність) судимості на \_\_\_\_\_ арк.

6. Висновок медичного експерта, що засвідчує факт отримання поранень чи інших ушкоджень здоров’я від боєприпасів на \_\_\_\_\_ арк.

7. Витяг з Єдиного реєстру досудових розслідувань про відкриття кримінального провадження стосовно факту одержання ушкоджень здоров’я від боєприпасів та/або інші документи, які підтверджують залучення до кримінального провадження як потерпілої особи на \_\_\_\_\_ арк.

8. Інші документи на \_\_\_\_\_ арк.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата) |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (підпис) |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\* Заява подається особисто або через законного представника або представника за дорученням, оформленим в установленому законом порядку.