

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України

07 червня 2024 року № 994

(назва уповноваженого закладу, до якого
подається заява)

(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)
заявника)

(зарєстроване / задеклароване місце проживання
(перебування))

(серія (за наявності) та номер паспорта
громадянина України заявника або інший
документ, що посвідчує особу та підтверджує
громадянство України або її спеціальний статус)

(ким і коли виданий)

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

(реєстраційний номер облікової картки платника
податків (за наявності))

(контактний номер мобільного телефону,
електронна адреса)

Заява
про призначення та виплату щомісячної державної допомоги
ВІЛ-експонованим дітям до встановлення їм ВІЛ-статусу та дітям,
які живуть з ВІЛ

Прошу призначити належну згідно з Законом України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» щомісячну державну допомогу ВІЛ-експонованій дитині до встановлення їй ВІЛ-статусу / дитині, яка живе з ВІЛ (підкреслити потрібне) _____

(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) дитини)

У разі призначення щомісячної державної допомоги прошу виплатити кошти на рахунок в установі банку:

(назва банку)

(номер рахунка (за стандартом IBAN))

До заяви додаю копії документів на _____ аркушах:

Підтверджую, що я є батьком / матір'ю, іншим законним представником ВІЛ-експонованої дитини до встановлення їй ВІЛ-статусу/дитини, яка живе з ВІЛ (підкреслити потрібне) та постійно проживаю з нею.

У разі виникнення обставин, передбачених пунктом 13 Порядку призначення та виплати щомісячної державної допомоги ВІЛ-експонованим дітям до встановлення їм ВІЛ-статусу та дітям, які живуть з ВІЛ, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 26 квітня 2024 р. № 463, зобов'язуюсь протягом п'яти робочих днів повідомити про такі обставини уповноважений заклад. У разі неповідомлення цих обставин уповноваженому закладу зобов'язуюсь добровільно повернути надмір перерахованої (виплаченої) щомісячної державної допомоги.

(дата)

(підпис заявника / уповноваженого в установленому законодавством порядку представника)

**Директор Департаменту
громадського здоров'я**

Олексій ДАНИЛЕНКО