

Начальнику Департаменту соціального захисту населення Дніпропетровської обласної державної адміністрації

_____ (Прізвище, ім'я та по батькові заявника)

адреса _____

_____ (номер мобільного телефону)

ЗАЯВА

Прошу виплачувати мені грошову компенсацію на транспортне обслуговування.

Відповідно висновку обласної МСЕК від “_____” _____ встановлені медичні показання на забезпечення автомобілем, керування автомобілем _____

(дозволено/протипоказано)

_____ (наявність членів сім'ї, які будуть керувати автомобілем)

“_____” _____

_____ (підпис)