

სსიპ - დევნილთა, ეკომიგრანტთა და საარსებო წყაროებით უზრუნველყოფის სააგენტოს დირექტორს

აფხაზეთიდან (სამაჩაბლოდან) დევნილის
(სახელი, გვარი) -----

დროებით მცხოვრები -----

ტელ: -----

გ ა ნ ც ხ ა დ ე ბ ა

გაცნობებთ, რომ მივეკუთვნები ქვემოთ მითითებულ ერთ-ერთ კატეგორიას:

- ოჯახის წევრის გარდაცვალება (თუ ოჯახი სოციალურად დაუცველია და სარეიტინგო ქულა შეადგენს 100 001-ზე ნაკლებს);
- სოციალურად დაუცველი-სარეიტინგო ქულა 30001-ზე ნაკლებია;
- ონკოლოგიური ავადმყოფი;
- მკვეთრად გამოხატული შშმ პირი (პირველი ჯგუფი);
- მრავალშვილიანი (3 და მეტი არასრულწლოვანი);
- ქირურგიული ოპერაციის საჭიროება (თუ ოჯახი სოციალურად დაუცველია და სარეიტინგო ქულა შეადგენს 100 001-ზე ნაკლებს);
- ომის ვეტერანი ან მარჩენალდაკარგული;
- მარტოხელა მშობლის/ქვრივის სტატუსის მქონე პირი.
- მსხვერპლის სტატუსი - თუ დევნილს „ქალთა მიმართ ძალადობის ან/და ოჯახში ძალადობის აღკვეთის, ძალადობის მსხვერპლთა დაცვისა და დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონის შესაბამისად მინიჭებული აქვს მსხვერპლის სტატუსი და იმყოფება თავშესაფარში ან კრიზისულ ცენტრში.
- დევნილი ოჯახის საცხოვრებელის დაიზიანება/განადგურება – თუ დევნილ ოჯახს დაუზიანდა/გაუნადგურდა საცხოვრებელი იმგვარად, რომ მასში ცხოვრება ნაწილობრივ ან სრულად შეუძლებელია.

გთხოვთ, გამიწიოთ ფულადი დახმარება.

თანახმა ვარ ჩემი საბანკო ანგარიში გამოითხოვოთ სს „ლიბერთი ბანკიდან“.

დამატებითი ინფორმაცია: -----

თარიღი -----

განმცხადებელი -----