**Форма про настання змін**

**Щось змінилося у вашій ситуації? Повідомте нас!**

Зміни у вашій ситуації можуть вплинути на ваше право на отримання допомоги або на зміну розміру допомоги. До таких змін належать:

* Переїзд;
* Зміна складу сім'ї / дитині виповнюється 18 років;
* Робота;
* Зміна номера телефону або адреси електронної пошти.
* Будь ласка, повідомляйте нам про зміни в будь-який час і відразу за допомогою цієї форми.
* Чи є у вас партнер? Якщо так, заповніть форму разом.
* Заповніть форму голландськими літерами!

Ви можете надіслати форму про настання змін електронною поштою на адресу [leefgeld@gemeentealtena.nl](leefgeld@gemeentealtena.nl%20). Ви також можете надіслати її в конверті, що додається до цього листа.На цей конверт не потрібно клеїти поштову марку .

* **Ви переїжджаєте в межах муніципалітету чи переїжджаєте за кордон? Тоді ви повинні передати це Муніципалітет Альтена. Зробити це потрібно особисто в ратуші. Записатися на прийом для цього можна через** [**https://www.gemeentealtena.nl/afspraak-maken.**](https://www.gemeentealtena.nl/afspraak-maken.)
* **Ви переїжджаєте в інший муніципалітет? Будь ласка, зареєструйтеся в муніципалітеті, куди ви переїжджаєте**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Загальна інформація** @CLIENTNRSZCLIENT@ / @AANVRAAGNRSZAANVR@ / @ZAAKIDSZAANVR@ | | | |
| Ім'я:  @~NAMENVOLUITSZCLIENT@ | Номер соціального страхування: @SOFINUMMERSZCLIENT@ | Дата народження @DDGEBOORTESZCLIENT@ | Місце проживання:  @~ADRESSZCLIENT@ |
| Ім'я чоловіка/дружини:  @NAAMSZPARTN@ | Номер соціального страхування чоловіка/дружини:  @SOFINUMMERSZPARTN@ | Дата народження чоловіка/дружини:  @DDGEBOORTESZPARTN@ |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Моя життєва ситуація змінюється** | |
|  | Я переїжджаю з ……./……./…….  Мій чоловік/дружина переїжджає з ……./……./…….  Ми переїжджаємо з ……./……./……. |
| Яка ваша нова адреса? |  |
| Вулиця: |  |
| Поштовий індекс: |  |
| Місце проживання: |  |

|  |
| --- |
| 1. **Змінюється склад сім'ї / моїй дитині виповнюється 18 років** |
| Вкажіть тут, що змінилося або якій дитині виповнюється 18 років  *(наприклад, спільне проживання або смерть)*  Це станом на (дата)......................................................…………………………. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Я (або мій чоловік/дружина та/або дитина) почав працювати (будь ласка, надішліть підтвердження!!!)** | | |
| Я почав (-ла) працювати на ………..…./……….…./……………….  Мій партнер почав працювати на ………………./………………./…………..….  Моя дитина почала працювати на ………………./………………./…………..…….. | | |
| Тип доходу | Сума | За тиждень/місяць |
|  | € | € |
|  | € | € |

|  |
| --- |
| 1. **Я (або мій чоловік/дружина та/або дитина) припинили роботу (будь ласка, надішліть підтвердження!!!)** |
| Я перестав (-ла) працювати на ………..…./……….…./……………….  Мій чоловік/дружина перестав (-ла) працювати на ………………./………………./…………..….  Моя дитина перестала працювати на ………………./………………./…………..…….. |

|  |
| --- |
| 1. **У мене інший номер телефону або електронна адреса** |
| Моя нова адреса електронної пошти (email) ………………………………………………………..…………….  Мій новий номер телефону …………………………………………………………..…. |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Зобов'язання** | |
| * Я/ми підтверджую (-ємо), що ця форма була заповнена правдиво, щоб муніципалітет міг визначити, чи маю (маємо) я/ми право на виплату допомоги (та її розмір) за схемою прийому переміщених осіб з України. * Я/ми знаємо/усвідомлюємо, про зміни, які можуть вплинути на надання допомоги, і що вони повинні бути негайно повідомлені муніципалітету. | |
| Підпис заявника |  |
| Підпис чоловіка/дружини |  |
| Дата |  |