



СТАРОКОСТЯНТИНІВСЬКА МІСЬКА РАДА ХМЕЛЬНИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ  
ВИКОНАВЧИЙ КОМІТЕТ

**РОЗПОРЯДЖЕННЯ**

24 вересня 2025 року

м. Старокостянтинів

№ 284/2025-р

Про надання разової грошової  
допомоги

Розглянувши звернення жителів Старокостянтинівської міської територіальної громади, відповідно до рішення Старокостянтинівської міської ради від 06 березня 2025 року № 32/31/VIII «Про затвердження Положення про порядок використання коштів з бюджету Старокостянтинівської міської територіальної громади для надання разової грошової допомоги», рішення Старокостянтинівської міської ради від 11 жовтня 2024 року № 16/27/VIII «Про затвердження складу комісії з визначення доцільності та розміру грошової допомоги», розпорядження міського голови від 24 вересня 2025 року № 241/2025-рвс «Про відрядження Миколи МЕЛЬНИЧУКА», керуючись статтею 42 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні»:

1. Надати разову грошову допомогу на лікування жителям Старокостянтинівської міської територіальної громади згідно з додатком.

2. Фінансовому управлінню виконавчого комітету міської ради (Валентина КАМІНСЬКА) виділити 9000 (дев'ять тисяч) гривень 00 копійок для надання разової грошової допомоги в межах асигнувань, що передбачені в бюджеті Старокостянтинівської міської територіальної громади на 2025 рік за КПКВ 0813242 «Інші заходи у сфері соціального захисту і соціального забезпечення».

3. Управлінню соціального захисту населення виконавчого комітету міської ради (Наталія КОТ) провести виплату матеріальної допомоги.

4. Контроль за виконанням цього розпорядження покласти на заступника міського голови з питань діяльності виконавчих органів Старокостянтинівської міської ради, начальника фінансового управління виконавчого комітету Старокостянтинівської міської ради Валентину КАМІНСЬКУ.

Заступник міського голови  
з питань діяльності виконавчих органів  
Старокостянтинівської міської ради

підпис Володимир БОГАЧУК

Додаток  
до розпорядження міського голови  
24 вересня 2025 року № 284/2025-р

Список  
осіб для надання разової грошової допомоги

№ з/п	ПРИЗВИЩЕ, ім'я, по батькові	Сума, грн	Примітка
1	ОСОБА	500	
2	ОСОБА	1000	На лікування сина ОСОБИ, РОКУ народження
3	ОСОБА	1000	
4	ОСОБА	1000	На лікування сина ОСОБИ, РОКУ народження
5	ОСОБА	1000	
6	ОСОБА	1000	
7	ОСОБА	1000	
8	ОСОБА	500	
9	ОСОБА	1000	
10	ОСОБА	1000	
Всього		9000	

Начальник управління соціального захисту  
населення виконавчого комітету міської ради

підпис

Наталія КОТ