

1. melléklet a(z) 10/2021. (V. 13.) önkormányzati rendelethez

**Kérelem
települési támogatás megállapítására**

1./ **Kérelmező neve /születési név is /** _____

Társadalombiztosítási Azonosító Jel (TAJ szám):

Születési helye: _____ Anyja neve: _____

Születési idő: _____ év _____ hónap _____ nap

2./ * **Állampolgársága** : magyar vagy _____

3./ * **Családi állapota:**

egyedülálló

házastársával/élettársával/bejegyzett élettársával lakik együtt

4./ **Lakóhely:** _____ helység

_____ utca _____ sz. _____ em. _____ ajtó

Tartózkodási hely: _____ helység

_____ utca _____ sz. _____ em. _____ ajtó

Értesítési és utalási cím: _____ helység

_____ utca _____ sz. _____ em. _____ ajtó

Telefonszám: _____

5./ * **A lakásban tartózkodás jogcíme:** tulajdonos – haszonélvező - főbérelő – albérelő - családtag - szívésségi lakáshasználó - jogcím nélküli lakáshasználó

6./ **A KÉRT TÁMOGATÁS FORMÁJA /aláhúzással jelölendő/**

- rendkívüli települési támogatás
- temetési költségek viseléséhez nyújtandó támogatás
- egészségi állapot megőrzését jelentő szolgáltatások költségeihez való hozzájárulás
- köztemetés

Indokolás:
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
7./ A kérelmezővel **közös háztartásban élő közeli hozzátartozók száma:** _____ fő

8./ *Nyilatkozom arról, hogy fenti ingatlanban egyedül élek/közös háztartásban élek az alábbi közeli hozzátartozóimmal:

(* *A megfelelő rész aláhúzandó*)

**KÉRELMEZŐVEL KÖZÖS HÁZTARTÁSBAN ÉLŐ KÖZELI HOZZÁTARTOZÓK
ADATAI**

Név, születési név is	Családi állapota rokoni kapcsolat	Születési hely, idő TAJ szám	Anyja neve állampolgársága
1.	év.....hó.....nap □□□ □□□ □□□	
2.	év.....hó.....nap □□□ □□□ □□□	
3.	év.....hó.....nap □□□ □□□ □□□	
4.	év.....hó.....nap □□□ □□□ □□□	
5.	év.....hó.....nap □□□ □□□ □□□	
6.	év.....hó.....nap □□□ □□□ □□□	
7.	év.....hó.....nap □□□ □□□ □□□	
8.	év.....hó.....nap □□□ □□□ □□□	

JÖVEDELEMNYILATKOZAT

A jövedelem típusai		Kérelmező jövedelme	A háztartásban lakó közeli hozzátartozók jövedelme					
1.	Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó ebből közfoglalkoztatásból származó							
2.	Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó							
3.	Táppénz, gyermekgondozási támogatások							
4.	Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások							
5.	Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások							
6.	Egyéb jövedelmek							
7.	Összes jövedelem							

Egy főre jutó havi jövedelem /ügyintéző tölti ki:/Ft/hó.

Felelősségem tudatában kijelentem, hogy

- a.) életvitelszerűen a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen élek (megfelelő aláhúzendó)
- b.) a közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt jövedelmi adatok valódiságát a szociális hatáskört gyakorló szerv ellenőrizheti.

Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához.

Kengyel, 20 ____ év ____ hó ____ nap

kérelmező aláírása

háztartás nagykorú tagjainak aláírása

2. melléklet a(z) 10/2021. (V. 13.) önkormányzati rendelethez

IGAZOLÁS

gyógyszer, gyógyászati segédeszköz költségének összegéről

1. Kérelmező neve /születési név is/: _____
2. Születési helye, ideje: _____
3. Anyja neve: _____
4. TAJ száma: _____
5. Lakóhelye: _____
6. Tartózkodási helye: _____

*A gyógyszer, gyógyászati segédeszköz
neve:

Költsége forintban:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Összesen: _____ Ft

Kengyel, 20 ____ év ____ **hó** ____ **nap**

P.H.

aláírás

* közgyógyellátásában részesülő személy esetén a közgyógyellátásba nem tartozó gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök