

1. számú melléklet a 1 /2015. (II.18.) önkormányzati rendelethez

K é r e l e m

A kérelem benyújtásának tárgya:

Települési támogatás Rendkívüli települési támogatás

- Lakhatáshoz kapcsolódó rendszeres kiadások viseléséhez nyújtható települési támogatás
- 18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozó gondozásához kapcsolódó támogatás
- A gyógyszerkiadások viseléséhez kapcsolódó települési támogatás

Kérelmező:

Neve: Születési neve:

Anyja neve: TAJ száma:

Születési helye, ideje:..... Állampolgársága:

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Elérhetősége:

Személyi igazolvány száma:

A lakásban életvitelszerűen együtt élő, közeli hozzátartozók:

Név	Születési hely, idő	Anyja neve	Jövedelem
TAJ:			
TAJ:			
TAJ:			
TAJ:			
TAJ:			
TAJ:			

A lakásban a gyermekkel és családjával együtt élő egyéb személyek adatai:

Név	Születési hely, idő	Kapcsolat
.....
.....
.....

Rendkívüli települési támogatás esetén a támogatás összegét az alábbi okból igénylem:

- családot ért elemi kár,
- a kérelmező a kérelem benyújtását megelőző 30 napon belül büntetés-végrehajtási intézetből szabadult,
- a család egyik tagja kórházi kezelésben részesült,
- előre nem tervezhetett, váratlan kiadás vált szükségessé,
- az egészségbiztosítás által nem, vagy csak részben támogatott az egészség megőrzése, helyreállítása érdekében szükséges szolgáltatás igénybevétele, vagy annak díja a mindenkori öregségi nyugdíj legkisebb összegének 30 % - át meghaladja,
- a a szociális válsághelyzetben lévő várandós anya gyermekének megtartása és elősegítése,
- a nevelésbe vett gyermek családjával való kapcsolattartásnak, illetve a gyermek családba való visszakerülésének elősegítése ezzel biztosítható,
- Szociálisan rászorult családok gyermekeinek osztálykiránduláson vagy táboroztatáson való részvételéhez,
- a családban történt haláleset, vagy súlyos egészségkárosodással járó baleset esetén,
- gyermek és fiatal felnőtt iskoláztatásával a gyermek óvodai nevelésével, bölcsődei elhelyezésével kapcsolatos egyszeri kiadások, vagy a védőnői szolgálat, illetve egészségügyi intézmény által javasolt szolgáltatások, ellátások igénybevétele csak így biztosítható,
- akik a gyermekek hátrányos helyzet miatt anyagi segítségre szorulnak,
- egyéb, a fentiekben nem szereplő, pénzügyi nehézséget okozó rendkívüli élethelyzet bekövetkezése esetén.

egyéb:

Haláleset esetén kitöltendő:

Elhunyt neve: Lakcíme:

Haláleset dátuma: Hozzá tartozói minőség:

A temetés összköltsége:

Kijelentem, hogy az elhalt hozzátartozóm életbiztosítással, hadirokkant járadékkal, tartási, életjáradéki, öröklési szerződéssel rendelkezett / nem rendelkezett. (megfelelő aláhúzendó!)

A települési támogatás/rendkívüli települési támogatás kifizetésének formája:

postai úton :

bankszámlára, számlaszám:

természetben nyújtott támogatás:

A rendkívüli települési támogatás igénylésének részletes indoklása:

.....
.....
.....

A lakhatáshoz kapcsolódó rendszeres kiadások viseléséhez nyújtható települési támogatás esetén:

A lakott ingatlan fűtés, villany, szemétszállítás- és vízdíj összköltsége:Ft/hó.

A család összes nettó jövedelme:Ft/hó. Egy főre jutó jövedelem:Ft/hó

Havi számlaköltség: % (összjövedelem hány százalékát teszi ki a havi számlaköltség)

A 18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozó gondozásához kapcsoló települési támogatás esetén:

A gondozott neve: Születési helye, ideje:

Anyja neve: Lakcím:

A gondozott háziorvosától beszerzett szakvélemény csatolva/hiányzik (megfelelő rész aláhúzendó)

A gyógyszerkiadások viseléséhez kapcsolódó települési támogatás esetén:

A kérelmező havi gyógyszerérték által igazolt gyógyszerköltsége: Ft.

A család összes nettó jövedelme: Ft/hó. Egy főre jutó jövedelem: Ft/hó

A jövedelmek típusai	A kérelmező jövedelme	A kérelmezővel közös háztartásban élő házastárs (élettárs) jövedelme	A kérelmezővel közös háztartásban élő egyéb rokon jövedelme	Összesen
1. Munkaviszonyból, munkavégzésre/foglalkoztatásra irányuló egyéb jogviszonyból származó jövedelem és táppénz				
2. Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó jövedelem				
3. Nyugellátás, megváltozott munkaképességű személyek ellátásai (például rokkantsági ellátás, rehabilitációs ellátás), korhatár előtti ellátás, szolgálati járandóság, balettművésze-ti életjáradék, átmeneti bányászjáradék, időskorúak járadéka, a nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások emeléséről szóló jogszabály hatálya alá tartozó ellátás				
4. A gyermek ellátásához és gondozásához kapcsolódó támogatások (különösen: GYED, GYES, GYET, családi pótlék, gyermektartásdíj, árvaellátás)				
5. Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított rendszeres pénzbeli ellátások				
6. Egyéb jövedelem (különösen: kapott tartás-, ösztöndíj, értékpapírból származó jövedelem, kis összegű kifizetések stb.)				
7. A család összes nettó jövedelme				
8. A család összes nettó jövedelmét csökkentő tényezők (fizetett tartásdíj összege)				

Egy főre jutó havi családi nettó jövedelem (ügyintéző tölti ki!): Ft/hó.

Hozzájárulok a kérelemben és nyilatkozatban szereplő adatoknak a szociális igazgatásban történő felhasználásához, kezeléséhez.

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok és a benyújtott okmányok a valóságnak megfelelnek.

Tudomásul veszem, hogy a közölt adatok valódiságát az Önkormányzat ellenőrizheti.

Inárcs,

.....
kérelmező aláírása

Vagyoni adatok

1. Ingatlantulajdon: város/község út/utca
..... hsz.,

alapterülete: m² , tulajdoni hányad , a szerzés ideje: év.

Becsült forgalmi érték: Ft.

2. Gépjármű személygépkocsi: típus: ,

rendszám: , a szerzés ideje, valamint a gyártás éve: év.

Becsült forgalmi érték: Ft.

.....
kérelmező aláírása

SZÜLŐI NYILATKOZAT TÁBOROZÁSHOZ

Tábor ideje: 2022-06-20-tól 2022-06-24-ig

Helyszín: Inárcs, Zrumeckzy Dezső Művelődési Ház

A kitöltött egészségügyi nyilatkozatot a tábor első napján kell leadni a táborvezető részére.

Jelen nyilatkozat kitöltésével igazolom, hogy

Gyermekem (táborozó neve): _____ Anyja neve: _____

Táborozó születési ideje: _____ év _____ hónap _____ nap

Táborozó lakcíme:

_____ ir.szám _____ település _____ (utca, út, stb) _____ házszám

TAJ száma: _____

egészséges, rajta nem észlelhetők az alábbi tünetek:

- nincs -torokfájás,
- nincs -hányás,
- nincs -hasmenés,
- nincs -bőrkiütés,
- nincs -egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyesedés

Gyógyszer allergia: nincs van: _____

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő neve: _____

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő lakcíme:

_____ ir.szám _____ település _____ (utca, út, stb) _____ házszám

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő telefonszáma: +36 _____

Alulírottszülő/gondviselő felelősségem tudatában nyilatkozom, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek, továbbá hozzájárulok gyermekem táboroztatásához és az adatai táboroztatási nyilvántartásba vételéhez

Jelen nyilatkozatot gyermekem 2020. évi, fenti időpontban megjelölt táborozásához adtam ki.

Kelt.: _____, 2022. _____ hó _____ nap

nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő aláírása