

2. melléklet a 15/2018.(IX.27.) rendelethez

„ 4. melléklet a 11/2015.(II.26.) rendelethez

KÉRELEM
települési támogatás megállapításához

1. Személyes adatok

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési hely, idő (év, hó, nap):

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Állampolgársága:

Telefonszám (nem kötelező megadni):

Fizetési számlaszám (ha a folyósítást fizetési számlaszámra kéri):

A fizetési számlát vezető pénzintézet neve:

A kérelmező idegenrendészeti státusza (nem magyar állampolgárság esetén):

- o szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező, vagy
- o EU kék kártyával rendelkező, vagy
- o bevándorolt/letelepedett, vagy
- o menekült/oltalmazott/hontalan.

2. A megállapítás jogcímére vonatkozó adatok (kérjük X-el jelölje be, melyik jogcímre kéri)

- o a 18. életévet betöltött tartósan beteg hozzátartozó ápolásához, gondozásához
- o a gyógyszerkiadások viseléséhez

3. A közeli hozzátartozókra és jövedelmükre vonatkozó adatok

A kérelmező családi körülménye:

- o egyedül élő
- o nem egyedül élő

A kérelmező családjában élő közeli hozzátartozók adatai

A kérelmező családjában, a kérelmezővel azonos lakcímen élő közeli hozzátartozók száma:
.....fő.

	A	B	C	D	E
	Közeli hozzátartozó neve (születési neve)	Anyja neve	Születési helye, ideje (év, hó, nap)	Társadalombiztosítási Azonosító Jele	Családi kapcsolat megnevezése
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

Jövedelmi adatok

A kérelmező, valamint a családban élő közeli hozzátartozóinak a havi jövedelme forintban:

	A	13	C			
	A jövedelem típusa	Kérelmező	A. családban élő közeli hozzátartozók			
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 az állami foglalkoztatási szerv által folyósított ellátások					
6.	Egyéb jövedelem					
7.	Összes jövedelem					

4. Kijelentem, hogy

- életvitelszerűen a lakóhelyemen/a tartózkodási helyemen élek (a megfelelő rész aláhúzendó, csak abban az esetben kell megtenni, ha egyidejűleg bejelentett lakó- és tartózkodási hellyel is rendelkezik),
- a családomban élő közeli hozzátartozóként feltüntetett személyek életvitelszerűen az enyémmel megegyező lakcímen élnek,
- a közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

4.1. Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt adatok valóságát a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 10. § (7) bekezdése alapján a szociális hatásköri gyakorló szerv - a Nemzeti Adó- és Vámhivatal hatáskörrel és illetékességgel rendelkező adóigazgatósága útján - ellenőrizheti.

4.2. Kijelentem, hogy az ellátásra való jogosultság feltételeit érintő lényeges tények, körülmények megváltozásáról 15 napon belül értesítem az ellátást megállapító szervet.

4.3. Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához, a nyilvántartásban szereplő adatoknak az informatikai rendszerben történő felhasználásához.

Kelt:.....

.....

kérelmező aláírása

.....

nagykorú hozzátartozó aláírása

5. A 18. életévet betöltött tartósan beteg hozzátartozó ápolásához, gondozásához kijelentem, hogy
- o kereső tevékenységet nem folytatok.
 - o nappali tagozaton tanulói, hallgatói jogviszonyban nem állok.
 - o rendszeres pénzellátásban nem részesülök.
 - o az ápolási tevékenységet lakóhelyemen/tartózkodási helyemen, az ápolat személy lakóhelyén/tartózkodási helyén végzem (megfelelő rész aláhúzendó)
 - o köztem és az ápolat között nem áll fenn/fennáll tartási, életjáradéki vagy öröklési szerződés (megfelelő rész aláhúzendó)
6. Az ápolást végző személy adóazonosító jele:
7. Az ápolat személlyel való rokoni kapcsolata:
8. Az ápolat személyre vonatkozó adatok:

Személyes adatok

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési hely, idő (év, hó, nap):

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Ha az ápolat személy cselekvőképtelen vagy cselekvőképességében teljesen korlátozott, a törvényes képviselő neve:

A törvényes képviselő lakcíme:

9. Jogszultsági feltételekre vonatkozó nyilatkozat

- o Egyetértek azzal, hogy az otthoni ápolásomat, gondozásomat az ápolási díjat kérelmező hozzátartozóm végezze.
- o Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához.

Kelt:

.....
az ápoló aláírása

.....
az ápolat vagy törvényes képviselőjének aláírása

Nyilatkozat

Kijelentem, hogy a kérelmemnek teljes egészében helyt adó döntés elleni fellebbezési jogáról lemondok.

Balatonalmádi,.....év.....hó.....nap

.....
kérelmező aláírása