

6. melléklet Zalaszentő Község Önkormányzata Képviselő-testületének 5/2021. (VI. 25.) önkormányzati rendelethez

K É R E L E M
TELEPÜLÉSI SZÜLETÉSI TÁMOGATÁSHOZ

Alulírott:..... szám alatti lakos
kérem, hogyhelyév, hó napján született
..... nevű gyermekem (TAJ száma:)
után szíveskedjenek a gyermekszületési támogatást megállapítani:

Szülők adatai:

Anyja:

Név:
Szül.hely, idő:
Leánykori név:
Anyja neve:
TAJ-szám:
Foglalkozás:
Munkahely:
Állandó lakcím:
Tartózkodási hely:
Telefonszám:

Apa:

Név:
.....
Szül.hely, idő:
.....
Anyja neve:
.....
TAJ-szám:
.....
Foglalkozás:
.....
Munkahely:
.....
Állandó lakcím:
.....
Tartózkodási hely:
A támogatás összegét.....számú számlaszámra/
postai utalással kérem.

III. A kérelmezővel közös háztartásban élő személyek adatai:

Név	Születési év, hó, nap	TAJ száma	Családi kapcsolat	Foglalkozás
1.				
2.				
3.				
4.				

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a kérelemben közölt adatok a valóságnak megfelelnek. Hozzájárulok a kérelemben közölt adatoknak a szociális igazgatási eljárásban történő felhasználásához és kezeléséhez.

Az általános közigazgatási rendtartásról szóló 2016. évi CL. Tv. 82. §. (3) bekezdés értelmében kérelmem kedvező elbírálása esetén fellebbezési jogomról lemondok.

Hozzájárulok a nyilatkozatban szereplő adatoknak a szociális eljárásban történő felhasználásához, kezeléséhez.

Zalaszántó,év.....hó.....nap.

.....

Igénylő aláírása

Melléklet: 1 pld. Szül.akv.i másolat