

Sárvári Közös Önkormányzati Hivatal Hatósági Iroda 9600 Sárvár, Várkerület u. 2., levelezési cím: 9601 Sárvár, Pf. 78.,
telefonszámok: (06 95)523-129, 523-130, 523-157

TANÉVKEZDÉSI TÁMOGATÁS KÉRELEM

1.1. A kérelmező személyre vonatkozó adatok:

neve:

anyja neve:

Jelölje X jellel, ahol életvitelszerűen él!

☐ belföldi lakóhelye:

☐ belföldi tartózkodási helye:

születési neve:

születési helye, ideje:

TAJ:

állampolgársága:

telefonszám:

1.2. Az ellátás megállapítása során figyelembe vett személyek adatai

Rokonsági fok	sorszám	Név	Születési hely, idő	Anyja neve
a kérelmező házastársa/élettársa				
18 évesnél fiatalabb gyermek(ek)				
20 évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező gyermek(ek)				
23 évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, nappali oktatás munkarendje szerint tanulmányokat folytató gyermek(ek)				
25 évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, felsőoktatási intézmény nappali tagozatán tanulmányokat folytató gyermek(ek)				
Fogyatékos vér szerinti, örökbe fogadott, illetve nevelt gyermek(ek)*				

A jövedelem típusa	2.1. A kérelmező és az 1.2. táblázat sorszámai szerinti személy havi jövedelme (forint)							
	1.1.							
Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó ebből: közfoglalkoztatásból származó								
Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó								
Táppénz, gyermekgondozási támogatások								
Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások								
Önkormányzat, járási hivatal által folyósított támogatás								
Egyéb jövedelem								
Összes jövedelem								

3.1. Tanévkezdéshez kérem a 3.2. pontban feltüntetett gyermek(ek)re tekintettel a rendkívüli települési támogatás megállapítását.

3.2. Az általános iskolai tanulmányokat kezdő vagy folytató általános iskolai jogviszonyban álló gyermekek

neve vagy sorszáma az 1.2. táblázatban	általános iskola megnevezése, címe:	a tárgyévben kezdődő évfolyam száma:

3.3. A tanévkezdéshez megállapított rendkívüli települési támogatást

☐ az 1.1. pontban feltüntetett lakóhelyre / ☐ tartózkodási helyre / ☐ levelezési címre postai kifizetéssel

☐ a _____ fizetési számlaszámra átutalással

kérem folyósítani a támogatást megállapító határozat véglegessé válását követő 5 napon belül.

4.1. Tudomásul veszem, hogy a szociális hatáskört gyakorló szerv – az állami adóhatóság útján – ellenőrizheti a kérelemben közölt jövedelmi adatok valódiságát, továbbá köteles vagyok a feltüntetett adatokban bekövetkezett változást 15 napon belül bejelenteni az eljáró hatóságnak.
4.2. Kérelmező: Felelősségem tudatában kijelentem, hogy a családomban élő közeli hozzátartozóként feltüntetett személyek életvitelszerűen az enyémmel megegyező lakcímen élnek.
4.3. Alulírottak nyilatkozunk, hogy a kérelemben közölt adatok a valóságnak megfelelőek.
4.4. Alulírottak nyilatkozunk, hogy a kérelemben feltüntetett jövedelmen kívül más rendszeres jövedelemmel vagy a kérelem benyújtását megelőző 12 hónap alatt nem rendszeres vagy vállalkozásból származó jövedelemmel nem rendelkeztem.
4.5. ☐ Alulírott kérelmező nyilatkozom továbbá, hogy a kérelemre indult eljárásban hozott, a kérelemnek teljes mértékben helyt adó határozat elleni fellebbezési jogomról lemondok.
4.6. ☐ Alulírottak nyilatkozunk, hogy a www.sarvarvaros.hu weboldalon, a https://sarvarvaros.hu/dokumentumok/trtt01_gdpr_v4-220.pdf link alatt közzétett, adatvédelemmel kapcsolatos tájékoztatásban foglaltakat megismertük és tudomásul vettük.

a kérelmező aláírása

a kérelmező aláírása

a kérelmező aláírása