

NYILATKOZAT

Beiskolázási támogatás igénybevételéhez

1. Alulírott (születési név:,
születési hely, idő:, anyja neve:),
..... szám alatti lakos, mint a
- 1.1..... nevű gyermek (születési hely, idő:,
anyja neve: TAJ szám:),
- 1.2..... nevű gyermek (születési hely, idő:,
anyja neve: TAJ szám:),
- 1.3..... nevű gyermek (születési hely, idő:,
anyja neve: TAJ szám:),
- 1.4..... nevű gyermek (születési hely, idő:,
anyja neve: TAJ szám:),

szülője/más törvényes képviselője/gondviselője (a megfelelő aláhúzendő) az Egyházásfalu Község Önkormányzata képviselő-testületének az önkormányzat által biztosított szociális és gyermekjóléti ellátásokról szóló 7/2021.(VI.14.) önkormányzati rendelete alapján Egyházásfalu községben bejelentett lakcímmel rendelkező és a településen életvitelszerűen élő általános/középfokú/felsőfokú tanulmányokat folytató gyermekeim után igényelem a gyermekenként megállapítható 10.000.-Ft-is beiskolázási támogatást, az alábbi jogcím alapján:

- a családjában az egy főre jutó havi jövedelem nem haladja meg a szociális vetítési alap összegének 12-szeresét (jelenleg a 342.000.-Ft/fő összeget)

2. **Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a közölt adatok a valóságnak megfelelnek, egyúttal hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a beiskolázási támogatás igénybevételéhez történő felhasználásához.**

Dátum:

Aláírás:

az ellátást igénybe vevő (szülő, más törvényes képviselő, nevelésbe vett gyermek esetén az ellátást nyújtó nevelőszülő, intézményvezető) aláírása

Alulírott szám alatti lakos, a mai napon beiskolázási támogatás címén Ft, azaz forintot átvettem.

Dátum:

Aláírás: