

Települési támogatás iránti kérelem

Kérem részemre

- lakhatási támogatást,
- ápolási támogatást,
- gyógyszer-támogatást,
- gyermekintézményi térítési díj támogatást

(a megfelelő aláhúzendó)

megállapítani szíveskedjenek, az alábbi adatok, igazolások alapján.

A települési támogatást kérelmező személyes adatai:

a) Név:..... Születési név:.....

b) Szül.hely, idő:..... Anyja neve:.....

c) Családi állapota :..... Állampolgársága/jogállása: magyar--bevándorolt--menekült

e) Társadalombiztosítási Azonosítási Jel :.....

f) Lakóhelye:.....

g) Tartózkodási helye:.....

h) Munkahelye: Havi jövedelme.....

I) Adóazonosító Jel (ápolási támogatás esetén):.....

Jövedelemnyilatkozat a becsatolt jövedelemigazolások alapján

A jövedelem típusa	Kérelmező	Házastárs, élettárs	Gyermek(ek)	A kérelmezővel közös háztartásban élő egyéb személy jövedelme	Összesen (Ft)
	havi jövedelme (Ft)				
Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó jövedelem					
Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó jövedelem					
Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások					
Táppénz és gyermekgondozási támogatások (pl. családi pótlék, kapott tartásdíj, árvaellátás, GYES, GYED, GYET)					
Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások					
Egyéb jövedelem:					
A család havi nettó jövedelme összesen:					

Egy főre/fogyasztási egységre jutó havi nettó jövedelem:,-Ft/hó
(ügyintéző tölti ki)

....., 20..... évhó.....nap

.....
aláírás

Vagyonyilatkozat

(lakhatási támogatás kérelmezése esetén kell kitölteni)

A kérelmező/család/háztartásban élők vagyona

A. Ingatlanok

1. Lakástulajdon és lakótelek-tulajdon (vagy állandó, illetve tartós használat): címe:
 város/község út/utca..... hsz. alapterülete: m²,
 tulajdoni hányad:, a szerzés ideje: év

Becsült forgalmi érték: Ft

Haszonélvezeti joggal terhelt: igen nem (a megfelelő aláhúzendő)

2. Üdülőtulajdon és üdülőtelek-tulajdon (vagy állandó, illetve tartós használat): címe:
 város/község út/utca hsz. alapterülete:
 m², tulajdoni hányad:, a szerzés ideje: év

Becsült forgalmi érték: Ft

3. Egyéb, nem lakás céljára szolgáló épület-(épületrész-)tulajdon (vagy állandó használat):
 megnevezése (zártkerti építmény, műhely, üzlet, műterem, rendelő, garázs stb.):
 címe: város/község..... út/utca
 hsz. alapterülete: m², tulajdoni hányad:, a szerzés ideje:
 év

Becsült forgalmi érték: Ft

4. Termőföldtulajdon (vagy állandó használat): megnevezése: címe:
 város/község út/utca hsz.
 alapterülete: m², tulajdoni hányad:, a szerzés ideje: év

Becsült forgalmi érték: Ft

II. Egyéb vagyontárgyak

Gépjármű:

a) személygépkocsi: típus rendszám

a szerzés ideje:

Becsült forgalmi érték: Ft

b) tehergépjármű, autóbusz: típus rendszám

a szerzés ideje:

Becsült forgalmi érték: Ft

.....,20..... év hó nap

.....
 aláírás

Összes vagyontárgy (Ügyintéző tölti ki!)

A gondozó család összes vagyonának becsült forgalmi értéke (1.+2.+3.+4.+5.): Ft. Egy főre jutó forgalmi érték: Ft.

A kért támogatás

(csak annál a támogatási formánál kell kitölteni, amelyekre a kérelem irányul):

1. Lakhatási támogatás

A lakásban tartózkodás jogcíme:

A támogatással érintett ingatlan nagysága: m²

Lakhatást legnagyobb mértékben veszélyeztető kiadás:

Előrefizetős mérőkészülék: van nincs

Amennyiben igen, kérjük, nevezze meg a szolgáltatót:

Fogyasztási hely

azonosító:

A támogatás kifizetését: - házipénztárból,

- postai utalással,
- bankszámlára történő utalással, az alábbi bankszámlaszámra:

.....,

kérem.

....., 20..... évhó.....nap

.....

kérelmező aláírása

2. Ápolási támogatás:

Kérelmező nem otthon végezhető, 4 órát meghaladó kereső tevékenységet:

..... folytat nem folytat.

Az ápolat személy adatai:

Név:

Születési név:

Születési hely, idő:

Anyja neve:

Állandó lakcím:

Ideiglenes lakcím:

Társadalombiztosítás Azonosító Jel:

A támogatás kifizetését:

- házipénztárból,
- postai utalással,
- bankszámlára történő utalással, az alábbi bankszámlaszámra:

.....,
kérem.

Egyetértek azzal, hogy az otthoni ápolásomat, gondozásomat az ápolási támogatást kérelmező hozzátartozóm végezze.

Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához.

.....
ápoló aláírása

(Az ápoló személy háziorvosa tölti ki.)

I. Igazolom, hogy

Név:.....
Születési név:.....
Anyja neve:
Születési hely, idő:
Állandó lakcím:.....
Ideiglenes lakcím:
Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

tartósan beteg.

II. Szakvéleményem szerint a fent nevezett személy betegsége miatt állandó és tartós gondozásra szorul. A gondozás várható időtartama:

- 3 hónapnál hosszabb, vagy
- 3 hónapnál rövidebb.

....., 20.....

.....
háziorvos aláírása, bélyegzője

3. Gyógyszertámogatás

AGyógyszertár nevében igazolom,
 hogy

Név:

Társadalombiztosítási Azonosító Jel:

.....szám alatti lakos havi rendszeres
 gyógyszerköltése: Ft.

....., 20.....

.....
 gyógyszerész aláírása, bélyegzője

.....(kérelmező neve) háziorvosa, szakorvosa igazolom,
 hogy kérelmező gyógyító ellátásának költsége előreláthatóan tartósan, legalább 6 hónapig
 fennáll.

....., 20.....

.....
 háziorvos/szakorvos aláírása, bélyegzője

A támogatás kifizetését: - házipénztárból,
 - postai utalással,
 - bankszámlára történő utalással, az alábbi bankszámlaszámra:
,

kérem.

.....
 kérelmező aláírása

4. Gyermekintézményi étkezési térítési díj támogatás

Gyermek neve:

Nevelési oktatási intézmény, neve, címe:

.....

Nevelési, oktatási intézmény bankszámlaszáma:

Kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek. Hozzájárulok a nyilatkozatban szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárásban történő felhasználásához, kezeléséhez.

....., 20.....

.....

kérelmező aláírása