

KÓPHÁZA KÖZSÉG ÖNKORMÁNYZAT  
9495KÓPHÁZA, FŐ UTCA 15.

---

**KÉRELEM TELEPÜLÉSI TÁMOGATÁSMEGÁLLAPÍTÁSÁHOZ**

A kérelmező neve: .....

Születési neve: .....

Anyja neve: .....

Születési hely, idő: .....

Családi állapota: .....

Állandó lakcíme: .....

TAJ száma: .....

Telefonszám: .....

E-mail cím: .....

- Települési támogatás formája:
- települési lakásfenntartási támogatást
  - iskolakezdési támogatást
  - települési ápolási támogatás
  - rendkívüli települési támogatás
  - települési gyógyszer-támogatás
  - étkezési térítési díj támogatás
  - szociális étkeztetés

Indokolás:

.....

.....

.....

.....

.....

A támogatás megállapításához családi és szociális körülményeiről, jövedelmi és vagyoni helyzetemről az alábbiakban szolgáltatok adatot és nyilatkozatot:

A lakásban milyen jogcímen lakik (kérjük a megfelelő részt aláhúzni):

tulajdonos – bérlő – családtag – haszonélvező – egyéb, .....

**A háztartásban élő személyek**

száma:.....

**A kérelmezővel közös háztartásban élő eltartottak (kiskorúak, jövedelemmel nem rendelkezők)**

Név	Anyja neve:	Szül.hely, idő	Rokoni kapcsolat a kérelmezővel	TAJ száma
1.	.....	.....	.....	.....
2.	.....	.....	.....	.....
3.	.....	.....	.....	.....
4.	.....	.....	.....	.....

**A kérelmezővel közös háztartásban élő egyéb személyek:**

Név	Anyja neve:	Szül.hely, idő	Rokoni kapcsolat	TAJ száma
1.	.....	.....	.....	.....
2.	.....	.....	.....	.....
3.	.....	.....	.....	.....
4.	.....	.....	.....	.....

### Jövedelemnyilatkozat

#### A jövedelmek típusai

A kérelmező jövedelme	A kérelmezővel közös háztartásban élő (élettárs) jövedelme	A kérelmezővel közös háztartásban élő egyébszemélyek jövedelme	Összesen
1. Munkaviszonyból, munkavégzésre irányuló jogviszonyból származó jövedelem és táppénz			
2. Társas és egyéni vállalkozásból származó jövedelem			
3. Ingatlan és ingó vagyontárgyak értékesítéséből származó jövedelem			
4. Nyugellátás, baleseti nyugellátás, egyéb nyugdíjszerű ellátások			
5. A gyermek ellátásához és gondozásához kapcsolódó támogatások (GYED, GYES, GYET, családi pótlék, gyermektartásdíj, árvaellátás,...)			
6. Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított rendszeres pénzbeli ellátás (munkanélküliségjuttatás, rendszeres szociális segély, jövedelem pótló támogatások,...)			
7. Föld bérbeadásából származó jövedelem			
8. Egyéb (tartásdíj, ösztöndíj, értékpapírból származó jövedelem, kisösszegű kifizetések, stb...)			
<b>9. Összes bruttó jövedelem</b>			
10. Személyi jövedelemadó vagy előleg összege			
11. Egészségbiztosítási és nyugdíjjárulék összege			
12. Munkavállalói járulékok összege			
<b>13. A család összes nettó jövedelme (9-10-11-12)</b>			
14. A család összes nettó jövedelmét csökkentő tényezők (tartásdíj)			

Az egy főre jutó havi családi nettó jövedelem:..... Ft

.....

aláírás

(A lakhatáshoz kapcsolódó havi rendkívüli települési támogatás igénylése esetén  
kitöltendő)

## A kérelmező nyilatkozatai:

- A lakásban tartózkodás jogcíme: tulajdonos, önkormányzati lakás bérlője, albérlő, hasznélvező, családtag, egyéb:.....
- A lakás alapterülete ....., szerzés éve:.....
- A lakás havi fenntartási költsége:.....
- Egyéb rendszeres kiadások összege:.....
- Büntető jogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy kiskorú gyermekem(im) után a bíróság által megállapított/másik szülővel való megegyezés alapján ..... havi összegben tartásdíjat kapok.
- Büntető jogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy kiskorú gyermekem(im) után tartásdíjat nem kapok és a tartásdíj végrehajtása ügyében az alábbi intézkedéseket tettem:  
.....
- Büntető jogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a nem velem élő kiskorú gyermekem(im) után a bíróság által megállapított ..... havi összegű tartásdíjat fizetem/nem fizetem.
- Életjáradéki, tartási és öröklési szerződéssel rendelkezem / nem rendelkezem. • Gépjárműnek üzembentartója vagyok / nem vagyok.
- *Tudomásul veszem, hogy a kérelemben és a vagyonynyilatkozatban közölt jövedelmi adatok valóságát a szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 10. §-ának (7) bekezdése alapján a szociális hatáskört gyakorló szerv – a NAV és az OEP hatáskörrel és illetékességgel rendelkező igazgatósága útján - ellenőrizheti.*
- *Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához.*
- *Büntetőjogi felelősségem teljes tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek.*
- *Tudomásul veszem, hogy valótlan adatközlés esetén a támogatás megszüntetésre kerül, és a jogosulatlanul és rosszhiszeműen igénybe vett támogatást a folyósító szerv kamattal megemeltösszegben visszakövetelheti.*
- *Kijelentem, hogy az önkormányzati segély megállapítása iránti kérelmemnek teljes egészében helyt adó döntés elleni fellebbezési jogomról lemondok / nem mondok le.*

Kópháza, ..... év..... hó .....nap

.....  
kérelmező aláírása.....  
kérelmező házastársa/élettársa aláírása.....  
a lakásban lakó nagykorú személyek aláírása

(Az ápolási költségekhez kapcsolódó havi rendszerességgel nyújtott települési támogatás kérelmezése esetén kitöltendő!)

Kérelmező nyilatkozata

Kijelentem, hogy

- keresőtevékenységet **nem** folytatok,
- rendszeres pénzellátásban **nem** részesülök,
- nappali tagozaton tanulmányokat **nem** folytatok,
- a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. tv. 40. §-a szerinti ápolási díjban **nem** részesülök,
- büntetőjogi felelősségem teljes tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek.
- tudomásul veszem, hogy valótlan adatközlés esetén a támogatás megszüntetésre kerül, és a jogosulatlanul és rosszhiszeműen igénybe vett támogatást a folyósító szerv kamattal megemelt összegben visszakövetelheti.
- Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt jövedelmi adatok valódiságát a szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 10. §-ának (7) bekezdése alapján a szociális hatáskört gyakorló szerv – a NAV és az OEP hatáskörrel és illetékességgel rendelkező igazgatósága útján – ellenőrizheti

.....

kérelmező aláírása

## AZ ÁPOLT SZEMÉLYRE VONATKOZÓ ADATOK

*Személyes adatok*

Ápolót neve:.....

Születési neve:.....

Születési helye: .....

Születési idő:.....év.....hó. ....nap.

Anyja neve:.....

Társadalombiztosítási Azonosító Jel :.....

Adóazonosító jel:.....

Állampolgársága: magyar,                      egyéb:.....

Családi állapota: hajadon/nőtlen;                      házas és házastársával együtt él;                      házas                      és  
házastársától külön él;                      elvált;                      özvegy;                      élettárssal él;                      egyedül él.

Lakóhely:.....

Tartózkodási hely:.....

Életvitelszerűen a..... címen élek.

Ha az ápolót személy cselekvőképtelen vagy cselekvőképességében korlátozott, a törvényes képviselő neve:.....

A törvényes képviselő lakcíme: .....

### Jogosultsági feltételekre vonatkozó nyilatkozat

- *Egyetértek azzal, hogy az otthoni ápolásomat, gondozásomat az ápolási támogatást kérelmezőhöz tartozóm végezze.*
- *Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához.*

*Nyilatkozom, hogy*

- *közoktatási intézmény tanulói, illetve felsőoktatási intézmény hallgatói jogviszonnyal nem rendelkezem,*
- *nappali szociális intézményi ellátásban nem részesülök*
- *büntetőjogi felelősségem teljes tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek.*

Kópháza,.....év .....hónap..... nap.

.....

az ápolást végző személy aláírása

.....

az ápolót személy vagy törvényes képviselője  
aláírása

(Az ápolat személy háziiorvosa tölti ki!)

**IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY**  
**A KÓPHÁZA KÖZSÉG ÖNKORMÁNYZAT ÁPOLÁSI KÖLTSÉGEKHEZ**  
**KAPCSOLÓDÓ HAVI RENDSZERESSÉGGEL NYÚJTOTT TELEPÜLÉSI TÁMOGATÁS**  
**MEGÁLLAPÍTÁSÁHOZ**

Igazolom, hogy

Kérelmező neve:.....

Születési neve:.....

Születési helye: .....

Születési idő:.....év.....hó.....nap.

Anyja neve: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....

Tartósan beteg

A gondozás várható időtartama:

3 hónapnál hosszabb, vagy

3 hónapnál rövidebb.

Az igazolást nevezett részére a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal vagy a rehabilitációs szakigazgatási szerv .....számú szakhatósági állásfoglalása vagy szakvéleménye, a ..... fekvőbeteg-szakellátást nyújtó intézmény ..... szakrendelő intézet szakorvosa által kiadott ..... keltű igazolás/zárójelentés alapján állítottam ki.

Szakvéleményem szerint a fent nevezett személy betegsége miatt állandó és tartós gondozásra szorul.

Kópháza, .....év .....hónap..... nap

P. H.

.....  
háziiorvos aláírása, pecsétszáma

.....  
háziiorvos munkahelyének címe

(A gyógyszerköltséghez kapcsolódó havi rendszerességgel nyújtott települési támogatás  
kérelmezése esetén kitöltendő!)

**Kérelmező nyilatkozata**

Kijelentem, hogy

- a Győr-Moson Sopron Megyei Kormányhivatal Egészségbiztosítási Pénztári Szakigazgatási Szervétől **nem részesülök** közgyógyellátásban,
- büntetőjogi felelősségem teljes tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek.
- tudomásul veszem, hogy valótlan adatközlés esetén a támogatás megszüntetésre kerül, és a jogosulatlanul és rosszhiszeműen igénybe vett támogatást a folyósító szerv kamattal megemelt összegben visszakövetelheti.
- Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt jövedelmi adatok valóságát a szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 10. §-ának (7) bekezdése alapján a szociális hatáskört gyakorló szerv – a NAV és az OEP hatáskörrel és illetékességgel rendelkező igazgatósága útján – ellenőrizheti

Kópháza, .....év.....hónap.....nap.

.....

**kérelmező aláírása**

.....

**kérelmező házastársának/élettársának aláírása**

**IGAZOLÁS A BIZTOSÍTOTT HAVI RECEPTKÖTELESGYÓGYSZERKÖLTSÉGÉRŐL**

(A háziorvos aláírása és bélyegzőlenyomata nélkül nem fogadható el!)

Kérelmező neve:.....

Születési neve:.....

Születési helye: .....

Születési idő:.....év.....hó.....nap.

Anyja neve: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....

Közgyógyellátásra jogosító igazolvánnyal rendelkezik-e:     igen                     nem

**Kérelmező rendszeresen szedett havi receptköteles gyógyszerei:**

<i>Gyógyszer neve</i>	<i>A Biztosított által fizetendő térítési díj</i>
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

Összesen ----- Ft

Kópháza, .....év .....hónap ..... nap.

P.H.

.....  
Háziorvos aláírása, pecsétszáma