

5. melléklet a 10/2021.(IX.22.) önkormányzati rendelethez

KÉRELEM

A 18 év alatti gyermekek speciális étkezésének támogatás megállapításához

Kérelmező neve:.....
Kérelmező születési neve:.....
Anyja neve:.....
Születési helye, ideje (év, hó, nap):.....
Lakóhely:.....
Tartózkodási hely:.....
Társadalom biztosítási Azonosító Jele: ____ - ____ - ____

Kérelem

indoka:
.....
.....

Kérelmezővel együtt egy családban élő kiskorú gyermek(ek) adatai, akire vonatkozóan a támogatást igényli:

Név:	Szül. hely, idő:	Anyja neve:	Rokoni kapcsolat:	TAJ:

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek és tudomásul veszem, hogy azok valódisága a szociális igazgatóságról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. tv alapján a NAV-nál ellenőrizhető.

Alulírott hozzájárulok, hogy személyi adataimat, illetve a háztartásomban élők adatait a jogosultság megállapítása és teljesítése céljából felhasználják.

Dátum: Bajót, évhó.....nap.

.....
Kérelmező

A kérelemhez mellékelni kell a gyermek speciális diétájának szükségességét alátámasztó orvosi igazolást. Az étkeztetést ellátó szolgáltató igazolása hivatalból kerül beszerzésre a benyújtott orvosi igazolás alapján.