

6 számú melléklet a 10/2023.(IX.28.) 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:	Szüil. 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: Nagysáp, 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.