

Kérelem fogyatékosági támogatáshoz

1. Jogosult családi és utóneve:
2. Születési családi és utóneve:
3. Lakóhely/ tartózkodási hely:
4. Születési ideje:
5.
Telefonszám:
6. Törvényes képviselő neve (ha a jogosult személy 18 év alatti vagy gyámság vagy gondnokság alatt áll):
7. A képviselet formája*: szülői felügyeletet gyakorló szülő, gyám, gondnok
8. Bankszámlaszám (ha a folyósítást arra kéri):
9. A folyószámlát vezető pénzintézet neve:
10. Jogosultságom megállapításához zárt borítékban csatolom a súlyos fogyatékoság vagy egyéb fogyatékoság tényét igazoló*
 - a) fogyatékosági támogatás megállapításáról szóló hatósági határozat vagy a megállapítás alapjául szolgáló hatályos szakhatósági állásfoglalás, szakvélemény másolatát vagy
 - b) a magasabb összegű családi pótlékra jogosító betegségekről és fogyatékoságokról szóló 5/2003. (II. 19.) ESzCsM rendelet 2. mellékletében meghatározott fogyatékoságot megállapító szakorvosi igazolást másolatban és a magasabb összegű családi pótlékot megállapító határozat másolatát, vagy
 - c) a vakok személyi járadékának megállapításáról szóló hatósági határozat vagy a vakok személyi járadékát kérelmező csökkentlító nyilvántartó lap másolatát.
11. Nyilatkozom, hogy a kérelmem számomra pozitív elbírálása esetén a fellebbezési jogomról lemondok*: IGEN / NEM
12. Nyilatkozom, hogy az Adatkezelési tájékoztatóban foglaltakat megismertem, személyes adataim kezeléséhez hozzájárulok.
13. Kérem, hogy részemre a támogatást megállapítani szíveskedjék.

Felsőlzsolca, 2024. év hó nap

.....
Jogosult aláírása vagy
törvényes képviselő aláírása

* a megfelelő rész aláhúzendó