1. melléklet

**A települési támogatásokról és egyes szociális ellátásokról szóló 8/2015.(II.27) önkormányzati rendelet**

 **7. melléklete**

Ibrány Város Önkormányzat Képviselő-testülete

 Szociális és Egészségügyi Bizottságához

**KÉRELEM**

**RENDKÍVÜLI TELEPÜLÉSI TÁMOGATÁS**

**BETEG HOZZÁTARTOZÓT GONDOZÓ SZEMÉLY RÉSZÉRE**

………………….……..……………név, /szül. név: ………………………………………./

Sz.hely,idő:……………………………………….a.n:…………………………………………TAJ száma: ………………………….. Ibrány, …………………………út …….szám alatti lakos azzal a kérelemmel fordulok a Tisztelt Címhez, hogy részemre rendkívüli települési támogatást szíveskedjenek megállapítani, mint beteg hozzátartozót gondozó személy részére

Az általam ápolt, gondozott hozzátartozó adatai:

………………….……..……………név, /szül. név: ………………………………………./

Sz.hely,idő:……………………………………….a.n:…………………………………………TAJ száma: ………………………….. Ibrány, …………………………út …….szám

Kérelmemet az alábbiakkal indokolom:

………….év …………………….hó óta ápolom a tartósan beteg, ápolásra, gondozásra szoruló hozzátartozómat, aki gyermekem,/ szülőm,/ házastársam,/élettársam,/ testvérem ……………………………(megfelelő aláhúzandó).

Ápolása, gondozása után részemre a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kormányhivatal Ibrányi Járási Hivatala ápolási díjat,/gyermekek otthongondozási díját állapított meg a …………………………..számú határozatával, melynek másolatát egyidejűleg a kérelmemhez csatolom.

**Ibrány, ……….év………………..hó……nap**

 ……………………………..

 **kérelmező aláírása**

**A kérelem elbírálásához az alábbi dokumentum csatolása szükséges**:

Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kormányhivatal Ibrányi Járási Hivatala által a kérelmező részére az ápolási díjat,/gyermekek otthongondozási díját megállapító határozat másolata

Nyilatkozat:

Alulírott nyilatkozom, hogy személyes adataimnak az eljárás során történő felhasználását, annak az iratkezelési szabályzatban meghatározott selejtezésig történő megőrzését tudomásul veszem és ahhoz egyidejűleg hozzájárulok.

Kérelmem pozitív elbírálása esetén a fellebbezési jogomról lemondok.

Kérem, hogy a részemre megállapított anyagi támogatást készpénzben fizessék ki, / az alábbi folyószámlára utalják:

számlatulajdonos neve:……………………………… számlavezető pénzintézet:……………….

folyószámla szám: ………………………………………………………

Ibrány, …………………év………………………………..hó …………….nap

 ……………………………………………..

 kérelmező aláírása