**Az élet- és vagyonbiztonságot veszélyeztető tömeges megbetegedést okozó humánjárvány megelőzése, illetve következményeinek elhárítása érdekében visszatérítendő támogatás nyújtásáról szóló 34/2020. (XI.25.) önkormányzati rendelet 1. melléklete**

**1. Kérelmező neve:**

**2. Kérelmező lakcíme:**

**3. Kérelmező születési helye, ideje:**

**4. Kérelmező TAJ száma:**

**5. Kérelmezővel egy háztartásban élőkre vonatkozóan:**

**I. a) Név:**

**b) Születési hely, idő:**

**c) TAJ szám:**

**II. a) Név:**

**b) Születési hely, idő:**

**c) TAJ szám:**

**III. a) Név:**

**b) Születési hely, idő:**

**c) TAJ szám:**

**IV. a) Név:**

**b) Születési hely, idő:**

**c) TAJ szám:**

**V. a) Név:**

**b) Születési hely, idő:**

**c) TAJ szám:**

**6. Az alábbi kategóriákban kérem költségeim átvállalását:**[[1]](#footnote-1)

1. **élelmiszer,**
2. **gyógyszer,**
3. **higiéniai termék.**

**7. Visszatérítendő támogatás formájában igényelt összeg**[[2]](#footnote-2)**:**

**--------------------------------------------------------------------------------------------------**

**8. Alulírott tudomásul veszi, hogy a költségek átvállalására vonatkozó határozatban megállapított összeg erejéig Martonvásár Város Önkormányzata a Szent László Völgye Segítő Szolgálat közreműködésével szerzi be és juttatja el támogatott részére a támogatott által jelzett termékeket, illetve szükség szerint a rendelkezésre álló helyettesítő termékeket.**

**9. Alulírott hozzájárulok, hogy a személyes adataimat Martonvásár Város Önkormányzata és a támogatás nyújtásában közreműködők megismerjék és kezeljék. Tudomásul veszem, hogy a kezelt adatok a veszélyhelyzet megszüntetésével és a támogatás visszatérítésével törlésre kerülnek.**

**10. Alulírott, kérelmező vállalom, hogy a rám vonatkozó egészségügyi korlátozó intézkedések lejártát követően, a részemre jelen kérelem alapján megállapított támogatási összeget Martonvásár Város Önkormányzata részére 60 napon belül megfizetem.**

**Dátum: Martonvásár, …………………………………..**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Kérelmező aláírása**

1. A választott kategóriát kérjük, húzza alá. [↑](#footnote-ref-1)
2. Atámogatott és a vele egy háztartásban élő ellátott személyek után számolva legfeljebb 30 000.-Ft/14 nap. [↑](#footnote-ref-2)