**1. számú melléklet az 2/2015.(II. 27.) önkormányzati rendelethez**

**A hivatal részéről történő átvétel ideje:………………………….**

**Átvevő aláírása:……………………… Érintett Önkormányzat neve: Esztergályhorváti**

**Zalaapáti Közös Önkormányzati Hivatal**

**KÉRELEM**

**rendkívüli települési támogatás megállapításához**

🗖 **Rendkívüli támogatás** eseti 🗖**Tüzelő** vásárlás 🗖**Köztemetés**

🗖Hozzátartozó **eltemettetése**  🗖**Születési támogatás**

🗖**Gyógyszer**támogatás 🗖**Lakhatás**hoz kapcsolódó támogatás

🗖Hozzátartozó **ápolás**a 🗖**Beiskolázási** támogatás

🗖**Közüzemi díjtartozás** miatti támogatás

(Kérjük a fentiek közül X-el vagy + -el megjelölni a választ.)

**I. Az igénylő adatai:**

1./ **Kérelmező neve /születési név is /**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*/Nyomtatott betűkkel kérjük kitölteni!/*

Társadalombiztosítási Azonosító Jel /TAJ szám/: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Születési helye: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Anyja neve:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Születési idő: \_\_\_\_\_év \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_hónap \_\_\_\_\_\_\_ nap

Nyugdíjas esetén nyugdíjas igazolvány törzsszáma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2./ **Állampolgársága** : magyar

bevándorlási, letelepedési engedéllyel rendelkező

hontalan, menekültként vagy oltalmazottként elismert

Státuszt elismerő határozat száma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_\_\_\_

*( a megfelelő rész aláhúzandó)*

3./ **Családi állapota:**

egyedülálló (hajadon, nőtlen)

házastársával/élettársával/bejegyzett élettársával lakik együtt

házastársától külön élő

elvált

özvegy

*(a megfelelő rész aláhúzandó)*

4./ **Lakóhely:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_helység

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_utca\_\_\_\_\_\_\_\_sz..\_\_\_\_\_\_\_\_em.\_\_\_\_\_\_ajtó

**Tartózkodási hely**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_helység

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_utca\_\_\_\_\_\_\_\_sz.\_\_\_\_\_\_\_\_em. \_\_\_\_\_\_ ajtó

**Értesítési és utalási cím**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_helység

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_utca\_\_\_\_\_\_\_\_sz.\_\_\_\_\_\_\_\_

**5./ Az önkormányzati segély kérésének oka, indokai:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**6./** **Nyilatkozom**, hogy a közös háztartásban(azonos lakcímen élők száma: … fő.

Rendszeres havi kiadások(melyeket számlával igazolni kell)  
Vízdíj: …………………. Ft, Villanyszámla díja: …………….. Ft, Gázdíj:……………………Ft

Bérlakás esetén bérleti díj: ………………Ft, Szemétszállítás díja:………………… Ft,

Hiteltörlesztés havi díja: ………………...Ft.

Egyéb…………………….:……………………Ft.

A lakásban tartózkodás jogcíme:………………………

Amennyiben a támogatást elhunyt hozzátartozó eltemettetéséhez kéri:

Az eltemetett hozzátartozó neve: ………………………………………………………….…..

Rokoni kapcsolat: ……………………………………………………………………….…….

A haláleset helye, időpontja:………………………………………………..…………………..

Halotti anyakönyvi folyószám:………………………

A temetés költségei: ………………………

Az elhunyttal volt-e tartási, életjáradéki, öröklési szerződés: igen - nem

A kérelemhez csatolni kell a temetési számla eredeti példányát és a halotti anyakönyvi kivonat másolatát.

Egyben nyilatkozom arról, hogy más önkormányzattól – az elhunyt után – nem részesültem temetési segélyben és a hadigondozásról szóló 1994. évi XLV tv. alapján temetési hozzájárulásban.

🗖 Bankszámlaszám ahova a támogatás utalását kérem:

……………………….-………………………….-…………………………

🗖 A részemre megállapított támogatást házipénztárból kívánom felvenni.

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy az általam közölt és a benyújtott mellékletek tartalma szerinti adatok a valóságnak megfelelnek.

Esztergályhorváti, 201……………………………………….

                                                                                              \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                                                                                          Kérelmező aláírás

Kijelentem, hogy életvitelszerűen lakóhelyemen vagy tartózkodási helyemen élek *( a megfelelő rész aláhúzandó).*

A kérelem benyújtásának időpontjában az önkormányzati segélyt kérővel közös háztartásban élő közeli hozzátartozók, a kérelmező családjában lakók adatai:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Név** | **Születési hely, idő** | **Anyja neve** | **Rokoni fok (pl.gyermek, nagyszülő)**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **TAJ szám** |
|  |  |  | ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** |
|  |  |  | ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** |
|  |  |  | ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** |
|  |  |  | ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** |
|  |  |  | ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** |
|  |  |  | ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** |
|  |  |  | ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** |
|  |  |  | ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** |
|  |  |  | ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** |

**II.**

**Vagyonnyilatkozat**

***I. A kérelmező személyi adatai***

Név (Születési név):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Születési hely, idő:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TAJ szám…………………………………

***II. A kérelmező és a vele együtt-élő közeli hozzátartozójának vagyona***

***A. Ingatlanok***

1. Lakástulajdon és lakótelek-tulajdon (vagy állandó, illetve tartós használat): címe: ................. város/község ................... út/utca.................... hsz. alapterülete: ........... m2, tulajdoni hányad: ..........................., a szerzés ideje: ................ év Becsült forgalmi érték: .......................................... Ft

Haszonélvezeti joggal terhelt: igen nem (a megfelelő aláhúzandó)

2. Üdülőtulajdon és üdülőtelek-tulajdon (vagy állandó, illetve tartós használat): címe: ....................... város/község .................................. út/utca .................... hsz. alapterülete: ........... m2, tulajdoni hányad: ...................., a szerzés ideje: ................ év Becsült forgalmi érték: ..................................... Ft

3. Egyéb, nem lakás céljára szolgáló épület-(épületrész-)tulajdon (vagy állandó használat): megnevezése (zártkerti építmény, műhely, üzlet, műterem, rendelő, garázs stb.): ............................ címe: ...................................... város/község........................... út/utca .................... hsz. alapterülete: ........... m2, tulajdoni hányad: ................., a szerzés ideje: ................ év Becsült forgalmi érték: .................................... Ft

4. Termőföldtulajdon (vagy állandó használat): megnevezése: .......................... címe: ........................................ város/község .............................. út/utca .............. hsz. alapterülete: ........... m2, tulajdoni hányad: ...................., a szerzés ideje: ................ év Becsült forgalmi érték: ................................. Ft

***III. Egyéb vagyontárgyak***

Gépjármű:

*a)* személygépkocsi: ......................................... típus .................. rendszám

a szerzés ideje: .................................................. Becsült forgalmi érték: .......................................... Ft

*b)* tehergépjármű, autóbusz: .............................. típus .................. rendszám

a szerzés ideje: .................................................. Becsült forgalmi érték: .......................................... Ft

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

Hozzájárulok, hogy saját és családom személyes adatait a szociális hatáskör gyakorlója a jogosultság megállapítása és teljesítése céjából kezelje.

Esztergályhorváti, 201\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

…………………………………

Kérelmező

A kérelemhez mellékelni kell a család jövedelmeiről szóló összes igazolást.

A jövedelmi viszonyokra vonatkozó igazolások esetén:

* a havonta rendszeresen mérhető jövedelmeknél a kérelem benyújtását megelőző hónap átlagát,
* egyéb jövedelmeknél a kérelem benyújtását megelőző 12 hónap átlagkeresetét ( pl. adóbevallás ) kell figyelembe venni.

**III.**

***IGAZOLÁS***

***a biztosított havi társadalombiztosítási támogatásba befogadott gyógyszerköltségéről***

*(A háziorvos vagy szakorvos állítja ki! Az orvos és gyógyszertár aláírása és bélyegzőlenyomata nélkül nem fogadható el)*

Igazolom, hogy (név) ……………………………………………………

szül.hely: ………………………………….. szül. idő:………………..…………

anyja neve: …………………………………………..

TAJ száma: ……………………………………..

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ szám alatti lakos részére az alábbi gyógyszerek rendszeres szedése szükséges:

Kérjük, szíveskedjen megjelölni az 1 havi mennyiséget. A feltüntetett gyógyszerek árát gyógyszertár igazolja.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Gyógyszer  (hatóanyag neve/havi adag)  (háziorvos, szakorvos tölti ki) | Ft/hó  (gyógyszertár tölti ki) | Gyógyszer  (hatóanyag neve/havi adag)  (háziorvos, szakorvos tölti ki) | Ft/hó  (gyógyszertár tölti ki) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Gyógyszerköltség összesen havonta (ügyintéző tölti ki): ………………….

Közgyógyellátásra jogosító igazolvánnyal rendelkezik-e? 🗖 IGEN 🗖 NEM

A gyógykezelés várható időtartama:……………….. hónap.

Esztergályhorváti, 201 év\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_hónap\_\_\_\_\_nap

P.H.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gyógyszertár aláírása, pecsétje házi/szakorvos aláírása, pecsétszáma

**IV.**

**Hozzátartozó ápolásához kapcsolódó települési támogatás esetén kell kitölteni**

***Az ápolt személyre vonatkozó adatok***

Neve: ...............................................................................................................................

Születési neve: ................................................................................................................

Anyja neve: .....................................................................................................................

Születési hely, idő (év, hó, nap): .....................................................................................

Lakóhelye: .......................................................................................................................

Tartózkodási helye: ..........................................................................................................

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .............................................................................

*Jogosultsági feltételekre vonatkozó nyilatkozat*

[] Egyetértek azzal, hogy az otthoni ápolásomat, gondozásomat az ápolási díjat kérelmező hozzátartozóm végezze.

………………………………………

ápolt személy aláírása

Kijelentem, hogy keresőtevékenységet:

[] nem folytatok,

[] napi 4 órában folytatok, ebből származó havi jövedelmen: ................................. Ft

[] otthonomban folytatok; ebből származó havi jövedelmen: ................................. Ft

nappali rendszerű képzésben, tagozaton tanulói vagy hallgatói jogviszonyban nem állok;

családomban nem él olyan másik személy, aki jövedelemszerző tevékenységet nem folytat és az ápolt személy gondozására, ápolására képes,

rendszeres pénzellátásban

[] részesülök és annak havi összege: .....................,

[] nem részesülök;

az ápolási tevékenységet:

[] a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen,

[] az ápolt személy lakóhelyén/tartózkodási helyén

végzem (a megfelelő aláhúzandó);

Életvitelszerűen a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen élek (a megfelelő rész aláhúzandó).

Rokoni kapcsolat megnevezése:………………………………

**Nyilatkozom, hogy más szervtől ápolási díjban nem részesülök.**

Esztergályhorváti, 201 év\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_hónap \_\_\_\_\_\_\_\_\_ nap

…………………………………

Kérelmező

[] a megfelelő választ jelölni kell X vagy + jellel

|  |  |
| --- | --- |
| **IGAZOLÁS**  **a hozzátartozó ápolásához/kötelező felülvizsgálatához**  (Az ápolt személy háziorvosa tölti ki.)  Igazolom, hogy | |
| Neve: ....................................................................................................................... | |
| Születési neve: ......................................................................................................... | |
| Anyja neve: .............................................................................................................. | |
| Születési hely, év, hó, nap: ..................................................................................... | |
| Lakóhely: ................................................................................................................... | |
| Tartózkodási hely: .................................................................................................... | |
| Társadalombiztosítási Azonosító Jele: ................................................................... | |
|  Súlyosan fogyatékos  súlyos fogyatékosságának jellege:   látássérült  hallássérült  értelmi sérült  mozgássérült, vagy   Tartósan beteg | |
| Fenti igazolást nevezett részére  a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal  vagy a rehabilitációs szakigazgatási szerv .................... számú szakhatósági állásfoglalása vagy szakvéleménye, vagy a ...................... megyei gyermek szak-főorvos .................... számú igazolása, vagy ................................................. fekvőbeteg-szakellátást nyújtó intézmény ....................................................... szakrendelő intézet szakorvosa által kiadott .................... keltű igazolás/zárójelentés, vagy a Tanulási Képességet Vizsgáló Szakértő Bizottság ....................számú szakvéleménye alapján állítottam ki. | |
| II. Szakvéleményem szerint a fent nevezett személy fogyatékossága/betegsége miatt állandó és tartós gondozásra szorul. A gondozás várható időtartama: | |
|  3 hónapnál hosszabb, vagy | |
|  3 hónapnál rövidebb. | |
| Esztergályhorváti, 201 év ............................... hó ....... nap | |
|  | .....................................................  háziorvos aláírása |