

5. melléklet a 3/2018. (II.13.) önkormányzati rendelethez
 „7. melléklet a 4/2015. (II.10.) önkormányzati rendelethez

IT		Sárvári Közös Önkormányzati Hivatal Hatósági Iroda cím: 9601 Sárvár, Pf. 78. telefon: 95/523106, 523129, 523133	
		Időskorúak támogatásának megállapítása iránti kérelem	
az ügyintéző tölti ki!	_____ az átvevő aláírása		Beérkezés _____ Postára adás _____
	I. A kérelmezőre vonatkozó adatok <p style="text-align: center;">Alulírott</p> kérelmező családi és utóneve: _____ TAJ: _____ születési neve : _____ születési helye: _____ város/község, születési ideje: _____ anyja neve: _____ lakóhelye: _____ város/község _____ község, neve _____ község, jellege ___ hrsz./hrsz. ___ép. ___lph. ___em. ___ajtó tartózkodási helye: _____ város/község _____ község, neve _____ község, jellege ___ hrsz./hrsz. ___ép. ___lph. ___em. ___ajtó Életvitelszerűen <input type="checkbox"/> a lakóhelyemen élek. <input type="checkbox"/> a tartózkodási helyemen élek.		
(B)	kérem _____ Ft összegű időskorúak támogatásának a megállapítását.		
(C)	A támogatást _____ (név) részére <input type="checkbox"/> Az (A) rovatban feltüntetett lakóhelyre <input type="checkbox"/> Az (A) rovatban feltüntetett tartózkodási helyre postai kifizetéssel <input type="checkbox"/> fizetési számlaszámra átutalással kérem folyósítani.		
(D)	A kérelmező családjának tagjaira vonatkozó adatok (a nem kitöltött rovatokat szíveskedjen kihúzással jelölni)		
	Rokonsági fok*	Név	Születési hely, idő
	a kérelmező		
	a kérelmező házastársa/élettársa		
	18 évesnél fiatalabb gyermek(ek)		
	20 évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező gyermek(ek)		
	23 évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, nappali oktatás munkarendje szerint tanulmányokat folytató gyermek(ek)		
	25 évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, felsőoktatási intézmény nappali tagozatán tanulmányokat folytató gyermek(ek)		
Fogyatékos vér szerinti, örökbe fogadott, illetve nevelt gyermek(ek) **			
* A család tagjaként kell feltüntetni az egy lakásban együtt lakó, ott bejelentett lakó- vagy tartózkodási hellyel rendelkező közeli hozzátartozókat (házastárs, élettárs, gyermekek). ** Fogyatékos gyermekként kell figyelembe venni korhatárra való tekintet nélkül a tartósan beteg, az autista, illetve a testi, érzékszervi, értelmi vagy beszéd fogyatékos gyermeket, amennyiben ez az állapota a 25. életévének betöltését megelőzően is fennállt.			

Jövedelemnyilatkozat (a nem kitöltött rovatokat szíveskedjen kihúzással jelölni)						
	A jövedelem típusa	Kérelmező	Házastárs, élettárs	Gyermekek		
				NEVE	ÉVE	JÖVEDELME (Ft)
(E)	Havi rendszerességgel járó jövedelem esetén a kérelem benyújtását megelőző hónap jövedelme (pl. munkabér, családi pótlék, gyermekgondozási támogatás, nyugdíj vagy nyugdíjszerű ellátások, rendszeres szociális ellátások)					
	Nem havi rendszerességgel szerzett jövedelem esetén a kérelem benyújtásának hónapját közvetlenül megelőző 12 hónap alatt szerzett jövedelem egyhavi átlaga					
	Vállalkozásból származó jövedelem esetén a kérelem benyújtásának hónapját közvetlenül megelőző 12 hónap alatt szerzett jövedelem egyhavi átlaga					
	ÖSSZES JÖVEDELME					
(F)	<p>A kérelem (D) rovatban feltüntetett</p> <p>_____ nagykorú személy(ek) nyilatkozom/nyilatkozunk, hogy az (E) rovatban feltüntetett jövedelmen kívül más, az Szt. 10. § (2) bekezdése szerinti jövedelemmel nem rendelkezem/rendelkezünk.</p> <p>_____ a kérelmező nagykorú közeli hozzátartozójának aláírása</p> <p>_____ a kérelmező nagykorú közeli hozzátartozójának aláírása</p> <p>_____ a kérelmező nagykorú közeli hozzátartozójának aláírása</p>					
(G)	<p>Az alábbi igazoló dokumentumokat csatolom a kérelemhez:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>					
(H)	<p>További nyilatkozatok:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>					
(I)	<p>Kelt: _____, _____</p> <p>_____ Kérelmező ügyfél neve</p> <p>_____ ügyfél aláírása</p>					

”

”