15.melléklet az 5/2015(II.16.)önk.,rendelethez

KÉRELEM IDŐSKORÚAK TÁMOGATÁSA MEGÁLLAPÍTÁSÁHOZ

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

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

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

Születési helye, ideje (év, hó, nap): ..........................................................................................

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

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

Életvitelszerűen a ………………………………………………………………… címen élek.

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Állampolgársága: ........................................................................................................................

Telefonszám (nem kötelező megadni): .......................................................................................

A kérelmező idegenrendészeti státusza (nem magyar állampolgárság esetén):

A kérelmező családjában, a kérelmezővel azonos lakcímen élő közeli hozzátartozók száma: ......... fő.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  A |  B |  C |  D |  E |
|   |  Közeli hozzátartozóneve(születési neve) |  Anyja neve |  Születési helye, ideje (év, hó, nap) |  Társadalom- biztosítási Azonosító Jele |  Családi kapcsolat megnevezése |
|  2. |  |  |  |  |  |  |  |
|  3. |  |  |  |  |  |  |  |
|  4. |  |  |  |  |  |  |  |
|  5. |  |  |  |  |  |  |  |

A kérelmező, valamint a családban élő közeli hozzátartozóinak a havi jövedelme forintban:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  A |  B |  C |
|  1. |  A jövedelem típusa |  Kérelmező |  A családban élő közeli hozzátartozók |
|  2. |  Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó |  |  |  |  |  |  |
|  |  ebből közfoglalkoztatásból származó: |  |  |  |  |  |  |
|  3. |  Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó |  |  |  |  |  |  |
|  4. |  Táppénz, gyermekgondozási támogatások |  |  |  |  |  |  |
|  5. |  Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások |  |  |  |  |  |  |
|  6. |  Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások |  |  |  |  |  |  |
|  7. |  Egyéb jövedelem |  |  |  |  |  |  |
|  8. |  Összes jövedelem |  |  |  |  |  |  |

Egy főre jutó havi nettó jövedelem (ügyintéző tölti ki)…………............Ft

Alulírott büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a nyilatkozatban megjelölt adatok a valóságnak mindenben megfelelnek.

Zalacsány Község Önkormányzata Képviselő-testülete   /202…..  (   ) számú határozata alapján kérem az időskorúak támogatása megállapítását:

* március hónapra
* december hónapra

vonatkozóan.

Kérelmemhez mellékelem a saját és közeli hozzátartozóm jövedelemigazolását.

Zalacsány, 202………………………………..

 ……………………………………..

 kérelmező aláírása