

Települési támogatás iránti kérelem

Kérem részemre

- lakhatási támogatást,
- ápolási támogatást,
- gyógyszer-támogatást,
- gyermekintézményi térítési díj támogatást

(a megfelelő aláhúzendó)

megállapítani szíveskedjenek, az alábbi adatok, igazolások alapján.

A települési támogatást kérelmező személyes adatai:

a) Név:..... Születési név:.....

b) Szül.hely, idő:..... Anyja neve:.....

c) Családi állapota :..... Állampolgársága: magyar--bevándorolt--menekült

e) Társadalombiztosítási Azonosítási Jel :.....

f) Lakóhelye:.....

g) Tartózkodási helye:.....

h) Munkahelye: Havi jövedelme.....

I) Adóazonosító Jel:.....(csak aki ápolási támogatást igényel)

Jövedelemnyilatkozat a becsatolt jövedelem igazolások alapján

A jövedelem eredete	Kérelmező jövedelme	Házastárs, élet-társ	Gyer-mek	Gyer-mek	Szülő	Nagy-szülő	Összesen Ft-ban
Munkaviszonyból származó jövedelem és táppénz							
Vállalkozásból származó jövedelem							
Nyugellátás, egyéb nyugdíjszerű ellátások							
GYES, GYED, GYET							
Családi pótlék, gyermektartásdíj, árvaellátás stb.							
Önkormányzat, Járási Hivatal és munkaügyi szervek által folyósított rendszeres pénzbeli ellátás (munkanélküli ellátás, aktív korúak ellátása, ápolási díj, időskorúak ellátása, rendszeres gyermekvédelmi támogatás stb.)							
Egyéb (pl. albérleti díj, értékpapírból, ingatlan, ingóság értékesítéséből származó) jövedelem							
A család, havi nettó jövedelme összesen:							

Egy főre/fogyasztási egységre jutó havi nettó jövedelem:-Ft/hó
(ügyintéző tölti ki)

....., 20..... évhó.....nap

.....
aláírás

Vagyonyilatkozat

(lakhatási támogatás kérelmezése esetén kell kitölteni)

A kérelmező/család/háztartásban élők 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 aláhúzendó)

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

II. 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

.....,20..... év hó nap

.....
aláírás

A kért támogatás

(csak annál a támogatási formánál kell kitölteni, amelyikre a kérelem irányul):

1. Lakhatási támogatás

A lakásban tartózkodás jogcíme:

A támogatással érintett ingatlan nagysága: m²

Lakhatást legnagyobb mértékben veszélyeztető kiadás:

Előrefizetős mérőkészülék: van nincs

Amennyiben igen, kérjük, nevezze meg a szolgáltatót:

Fogyasztási hely

azonosító:

A támogatás kifizetését: - házipénztárból,

- postai utalással,

- bankszámlára történő utalással, az alábbi bankszámlaszámra:

.....,

kérem.

2. Ápolási támogatás:

Kérelmező nem otthon végezhető, 4 órát meghaladó kereső tevékenységet:

folytat

nem folytat.

Az ápolat személy adatai:

Név:

Születési név:

Születési hely, idő:

Anyja neve:

Állandó lakcím:

Ideiglenes lakcím:

Társadalombiztosítás Azonosító Jel:

A támogatás kifizetését: - házipénztárból,

- postai utalással,

- bankszámlára történő utalással, az alábbi bankszámlaszámra:

.....,

kérem.

Egyetértek azzal, hogy az otthoni ápolásomat, gondozásomat az ápolási támogatást kérelmező hozzátartozóm végezze.

Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához.

.....
ápoló aláírása

(Az ápoló személy háziorvosa tölti ki.)



I. Igazolom, hogy

Név:.....

Születési név:.....

Anyja neve:

Születési hely, idő:

Állandó lakcím:.....

Ideiglenes lakcím:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

tartósan beteg.

II. Szakvéleményem szerint a fent nevezett személy betegsége miatt állandó és tartós gondozásra szorul. A gondozás várható időtartama:

3 hónapnál hosszabb, vagy

3 hónapnál rövidebb.

..... 20.....

.....
házi orvos aláírása, bélyegzője

3. Gyógyszertámogatás

AGyógyszertár nevében igazolom,
hogy

Név:

Társadalombiztosítási Azonosító Jel:

.....szám alatti lakos havi rendszeres
gyógyszerköltsége: Ft.

.....20.....

.....
gyógyszerész aláírása, bélyegzője

.....(név) háziorvosa, szakorvosa igazolom, hogy
kérelmező gyógyító ellátásának költsége előreláthatóan tartósan, legalább 6 hónapig fennáll.

.....20.....

.....
háziorvos/szakorvos aláírása, bélyegzője

A támogatás kifizetését: - házipénztárból,
- postai utalással,
- bankszámlára történő utalással, az alábbi bankszámlaszámra:
.....,

kérem.

.....
kérelmező aláírása

4. Gyermekintézményi étkezési térítési díj támogatás

Gyermek neve:

Nevelési oktatási intézmény, neve, címe:

.....

Nevelési, oktatási intézmény bankszámlaszáma:

Kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek. Hozzájárulok a nyilatkozatban szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárásban történő felhasználásához, kezeléséhez.

....., 20.....

.....

kérelmező aláírása