5. melléklet a 6/2020. (IX.07.) önkormányzati rendelethez

**KÉRELEM**

**Rendkívüli települési támogatás megállapításához**

**1. Kérelmező személyes adatai**

1.1. Neve: ……………………………………………………………………………………….

1.2. Születési neve: ……………………………………………………………………………...

1.3. Születési hely, idő: …………………………………………………………………............

1.4. Anyja neve: ………………………………………… Állampolgársága: ……………….....

1.5. Lakóhelye: ………………………………………………………………………………….

1.6. Tartózkodási helye: …………………………………………………………………………

1.7. Családi állapota: ……………………………………………………………………............

1.8. Közös háztartásban élő személyek száma: …………………………………………………

1.9. Társadalombiztosítási Azonosító Jele: ……………………………………………………..

1.10. Lakossági folyószámla száma: ……………………………………………………………

**2. A kérelem benyújtásának időpontjában a rendkívüli települési támogatást igénylővel egy családban élők adatai:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Név | Születési helye, ideje | Anyja neve | Rokonsági fok |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**család:** egy lakásban, vagy személyes gondoskodást nyújtó bentlakásos szociális, gyermekvédelmi intézményben együtt lakó, ott bejelentett lakóhellyel vagy tartózkodási hellyel rendelkező közeli hozzátartozók közössége;

**közeli hozzátartozó:**

*a)* a házastárs, az élettárs,

*b)* a húszévesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező; a huszonhárom évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, nappali oktatás munkarendje szerint tanulmányokat folytató; a huszonöt évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, felsőoktatási intézmény nappali tagozatán tanulmányokat folytató vér szerinti, örökbe fogadott, illetve nevelt gyermek,

*c)* korhatárra való tekintet nélkül a tartósan beteg, az autista, illetve a testi, érzékszervi, értelmi vagy beszédfogyatékos vér szerinti, örökbe fogadott, illetve nevelt gyermek, amennyiben ez az állapot a gyermek 25. életévének betöltését megelőzően is fennállt (a továbbiakban: fogyatékos gyermek),

*d)* a 18. életévét be nem töltött gyermek vonatkozásában a vér szerinti és az örökbe fogadó szülő, illetve a szülő házastársa vagy élettársa;

**3. A támogatás igénylésének indoka:**

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

A rendkívüli települési támogatás megállapítását az alábbi indok alapján kérem: (A megfelelő betűjel bekarikázandó!)

a)   elemi kár,

b) hirtelen fellépő betegség, baleset, s ezek következtében kórházi kezelés, magas gyógyszerköltség,

c) gyógyászati segédeszköz beszerzés közgyógyellátással nem rendelkező személy esetén,

d)  munkaviszony megszűnése a munkáltató rendes felmondása által,

e)   lakásban történő meghibásodás: csőtörés, gázrobbanás, elektromos hálózatban bekövetkezett kár, belvíz okozta kár,

f)  rendszeres ellátás megszűnése, egy hónapot meghaladó átmeneti jövedelem kiesés,  
g) bűncselekmény áldozataként elszenvedett élethelyzet

**4. Jövedelmi adatok:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | A. | B. | C. | | | | |
| A jövedelem típusa | Kérelmező | A kérelmezővel családjában élő további személyek jövedelme | | | | |
| 1. | Munkaviszonyból, munkavégzésre irányuló egy jogviszonyból származó jövedelem, táppénz |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó |  |  |  |  |  |  |
| 3. | A gyermek ellátásához és gondozásához kapcsolódó támogatások (GYES, GYED, GYET, családi pótlék, gyermektartásdíj, stb.) |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Egyéb jövedelem (pl.: ösztöndíj) |  |  |  |  |  |  |
| **7.** | **Összes jövedelem** |  |  |  |  |  |  |

Egy főre számított havi jövedelem (Ügyintéző tölti ki!): …………………… Ft.

**5. Egyéb nyilatkozatok:**

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek.

Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt jövedelmi adatok valódiságát a szociális hatáskört gyakorló szerv a NAV hatáskörrel és illetékességgel rendelkező igazgatósága útján ellenőrizheti.

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

Kijelentem, hogy a rendkívüli települési támogatás megállapítása iránti kérelmemnek teljes egészében helyt adó döntés elleni fellebbezési jogomról lemondok. (Nemleges válasz esetén kérjük a szövegrészt áthúzással törölni!)

Pap, ……………………….

…………………………….

kérelmező aláírása