4.melléklet a 2/2015.(II.26.) önkormányzati rendelethez

*KÉRELEM  
települési támogatás megállapításához*

*1. Személyes adatok*

Neve: …….

Születési neve:

Anyja neve:

Születési hely, idő (év, hó, nap):

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Állampolgársága:

Telefonszám (nem kötelező megadni):

Fizetési számlaszám ( ha a folyósítást fizetési számlaszámra kéri):

A fizetési számlát vezető pénzintézet neve:   
A kérelmező idegenrendészeti státusza (nem magyar állampolgárság esetén):

o szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező, vagy

o EU kék kártyával rendelkező, vagy

o bevándorolt/letelepedett, vagy

o menekült/oltalmazott/hontalan.

2. A megállapítás jogcímére vonatkozó adatok (kérjük X-el jelölje be, melyik jogcímre kéri)

* a 18. életévet betöltött tartósan beteg hozzátartozó ápolásához, gondozásához
* a gyógyszerkiadások viseléséhez

3. *A közeli hozzátartozókra és jövedelmükre vonatkozó adatok*

A kérelmező családi körülménye:

* egyedül élő
* nem egyedül élő

A kérelmező családjában élő közeli hozzátartozók adatai

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | A | B | C | D | E |
|  | Közeli hozzátartozó neve (születési neve) | Anyja neve | Születési helye, ideje (év, hó, nap) | Társadalom-biztosítási Azonosító Jele | Családi kapcsolat megnevezése |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Jövedelmi adatok

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | A | 13 | C | | | | |
| L | A jövedelem típusa | Kérelmező | A. családban élő közeli hozzátartozók | | | | |
|  | Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó  ebből közfoglalkoztatásból származó: |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó |  |  |  |  |  |  |
|  | Táppénz, gyermekgondozási támogatások |  |  |  |  |  |  |
|  | Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások |  |  |  |  |  |  |
|  | Járási hivatal által folyósított ellátások |  |  |  |  |  |  |
|  | Egyéb jövedelem |  |  |  |  |  |  |
|  | Összes jövedelem |  |  |  |  |  |  |

4. Kijelentem, hogy

* életvitelszerűen a lakóhelyemen/a tartózkodási helyemen élek (a megfelelő rész aláhúzandó, csak abban az esetben kell megtenni, ha egyidejűleg bejelentett lakó- és tartózkodási hellyel is rendelkezik),
* a családomban élő közeli hozzátartozóként feltüntetett személyek életvitelszerűen az enyémmel megegyező lakcímen élnek,
* a közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

4.1. Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt adatok valódiságát a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 10. § (7) bekezdése alapján a szociális hatásköri gyakorló szerv - a Nemzeti Adó- és Vámhivatal hatáskörrel és illetékességgel rendelkező adóigazgatósága útján - ellenőrizheti.

4.2. Kijelentem, hogy az ellátásra való jogosultság feltételeit érintő lényeges tények, körülmények megváltozásáról 15 napon belül értesítem az ellátást megállapító szervet.

4.3. Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához, a nyilvántartásban szereplő adatoknak az informatikai rendszerben történő felhasználásához.

Kelt:…………………………..

…………………………………… ……………………………………….

kérelmező aláírása nagykorú hozzátartozó aláírása

5. A 18. életévet betöltött tartósan beteg hozzátartozó ápolásához, gondozásához kijelentem, hogy

* kereső tevékenységet nem folytatok.
* nappali tagozaton tanulói, hallgatói jogviszonyban nem állok.
* rendszeres pénzellátásban nem részesülök.
* az ápolási tevékenységet lakóhelyemen/tartózkodási helyemen, az ápolt személy lakóhelyén/tartózkodási helyén végzem (megfelelő rész aláhúzandó)
* köztem és az ápolt között nem áll fenn/fennáll tartási, életjáradéki vagy öröklési szerződés (megfelelő rész aláhúzandó)

1. Az ápolást végző személy adóazonosító jele: ……………………………………..
2. Az ápolt személlyel való rokoni kapcsolata: ………………………………………
3. Az ápolt személyre vonatkozó adatok:

*Személyes adatok*

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési hely, idő (év, hó, nap):

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Ha az ápolt személy cselekvőképtelen vagy cselekvőképességében teljesen korlátozott, a törvényes képviselő neve:

A törvényes képviselő lakcíme:

*9. Jogosultsági feltételekre vonatkozó nyilatkozat*

* Egyetértek azzal, hogy az otthoni ápolásomat, gondozásomat az ápolási díjat kérelmező hozzátartozóm végezze.
* Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához.

Kelt: ………………………

……………………………………… …………………………………………

az ápoló aláírása az ápolt vagy törvényes képviselőjének aláírása

**Nyilatkozat**

Kijelentem, hogy a kérelmemnek teljes egészében helyt adó döntés elleni fellebbezési jogáról lemondok.

Balatonakarattya,……év……………hó…………nap

………………………….

kérelmező aláírása