9. melléklet

**K é r e l e m**

**Megélhetést segítő támogatás megállapítására**

**I. SZEMÉLYI ADATOK**

|  |  |
| --- | --- |
| **Megnevezés** | **Kérelmező** |
| Neve (születési név is) |  |
| Anyja neve |  |
| Születési hely, év, hó, nap |  |
| Családi állapota |  |
| Lakóhelye |  |
| Tartózkodási helye |  |
| TAJ száma |  |
| Telefonszáma |  |
| E-mail címe |  |
| Bankszámlaszám (ha a folyósítást bankszámlára kéri) |  |
| Folyószámla-vezető pénzintézet  |  |

 **II. A KÉRELMEZŐVEL KÖZÖS HÁZTARTÁSBAN ÉLŐK ADATAI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Név** | **Születési év, hó, nap** | **TAJ szám** | **Családi kapcsolat** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |

**Alulírott kérem, hogy a fentiekben közölt adatok és a becsatolt igazolás(ok) alapján megélhetést segítő támogatásra való jogosultságomat szíveskedjenek megállapítani az alábbi jogosultsági alapon: (aláhúzandó)**

a.) gyermeke(i)met egyedül nevelem

b.) egyedül élő személy vagyok

c.) tartós betegségéből adódóan többletkiadásom keletkezik

d.) családos vagyok (18 év alatti gyermeket nevel saját háztartásában

**A c.) pont esetén a tartós betegségről 1 évnél nem régebbi vagy végleges állapotot igazoló orvosi igazolás szükséges!**

A c.) pont esetén nyilatkozom, hogy a többletkiadások az alábbi betegségek valamelyikének meglétéből származik: **(aláhúzandó)**

a.) krónikus betegségem van súlyos szövődményekkel, gyakori állapotrosszabbodással;

b.) rosszindulatú daganatos betegséggel küzdök;

c.) táplálkozási allergiák valamelyikével élek súlyos étrendi megszorítással;

d.) életminőséget súlyosan befolyásoló fogyatékosságom van;

e.) súlyos pszichiátriai betegségem van;

f.) rendszeres fogyatékossági támogatásban részesülök;

g.) jogszabály szerint tartós betegnek minősülök és erről orvosi igazolással rendelkezem;

h.) inzulinfüggő cukorbetegségem van esetleges szövődményekkel

Nyilatkozom továbbá, hogy nem folytatok egészségkárosító életmódot és nem tanúsítok önpusztító magatartást.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **kérelmező tartós beteg aláírása**

**Büntetőjogi felelősségem tudatában k i j e l e n t e m, hogy a kérelemben közölt adatok a valóságnak megfelelnek.**

**H o z z á j á r u l o k a kérelemben közölt adatoknak a szociális igazgatási eljárásban történő felhasználásához és kezeléséhez.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_év \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_hó \_\_\_\_\_\_nap**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **kérelmező aláírása**