2. melléklet a 6/2015. (II.28.) Önkormányzati rendelethez

KÉRELEM

egészségügyi szakrendelésre szállításhoz

Kérelmező neve: .........................................................................................................................

Kérelmező születési neve: ...........................................................................................................

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

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

Lakóhely: ....................................................................................................................................

Tartózkodási hely: .......................................................................................................................

Az szállítás igénybevételének kérelmezett időpontja: 20…......................................................

Mely kórház mely szakrendelésén kíván megjelenni:

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

Kijelentem, hogy életvitelszerűen a lakóhelyemen/ tartózkodási helyemen élek. *(megfelelő rész aláhúzandó)*

**Kérelem indoka:**

60. életévemet betöltöttem / mozgáskorlátozott vagyok *(megfelelő rész aláhúzandó)*

( A mozgáskorlátozottság tényét hatósági igazolvánnyal kell alátámasztani.)

A körülmények részletes leírása:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

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

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

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

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

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

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

Tudomásul veszem, hogy valótlan adatközlés esetén a szállítás díját köteles vagyok megfizetni.

Hernádnémeti, 20……  év …………….  hó ….. nap

  ………………………………..

                                                           kérelmező aláírása

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

Hernádnémeti , 20\_\_\_\_ év\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hó\_\_\_\_\_ nap

…………………………………

kérelmező aláírása