

# 1. melléklet a 2/2015.(II.27.) önkormányzati rendelethez

## **VAGYONNYILATKOZAT** *I. A kérelmező személyes adatai*

1. Neve:.....
2. Születési neve:.....
3. Anyja neve: .....
4. Születési hely, év, hó, nap: .....
5. Lakóhely: .....
6. Tartózkodási hely: .....
7. Társadalombiztosítási Azonosító Jele (TAJ száma) .....

## **II. A kérelmező és a vele együtt élő közeli hozzátartozójának, lakásfenntartási támogatás esetén a háztartás valamennyi tagjának 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 aláhúzendő)
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

### B. Egyéb vagyontárgyak

1. **Gépjármű:**
  - a.) személygépkocsi: ..... típus ..... rendszám  
szerzés ideje, valamint a gyártási éve: .....  
Becsült forgalmi érték: \*\* .....Ft
  - b.) tehergépjármű, autóbusz, motorkerékpár, vízi- vagy egyéb jármű:  
..... típus ..... rendszám  
szerzés ideje, valamint a gyártási éve: .....  
Becsült forgalmi érték: \*\* .....Ft

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

Kelt: .....év ..... hó ..... nap

.....  
aláírás

#### *Megjegyzés:*

Ha a kérelmező, vagy családtagja bármely vagyontárgyból egynél többel rendelkezik, akkor a vagyonyilatkozat megfelelő pontját a vagyontárgyak számával egyezően kell kitölteni. Amennyiben a vagyonyilatkozatban feltüntetett vagyon nem a Magyarország területén van, a forgalmi értéket a vagyon helye szerinti állam hivatalos pénznemében is fel kell tüntetni.

\*Becsült forgalmi értéként az ingatlanok a településen szokásos forgalmi értékét kell feltüntetni

\*\* Becsült forgalmi értéként a jármű, kora és állapota szerinti értékét kell feltüntetni.

**2. melléklet a 2/2015.(II.27.) önkormányzati rendelethez**

***KÉRELEM***

***a 18. életévét betöltött tartósan beteg személy ápolására tekintettel nyújtott települési támogatás megállapítására***

***Az ápolást végző személyre vonatkozó adatok***

***Személyes adatok***

Neve: .....

Születési neve: .....

Anyja neve: .....

Születési hely, idő (év, hó, nap):.....

Lakóhelye:.....

Tartózkodási helye: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....

Adóazonosító jele: .....

Állampolgársága:.....

Az ápolott személlyel való rokoni kapcsolat: .....

Telefonszám (nem kötelező megadni): .....

Fizetési számlaszám (akkor kell megadni, ha a folyósítást fizetési számlaszámra kéri)

.....

A fizetési számlát vezető pénzintézet neve: .....

.....

A kérelmező idegenrendészeti státusza ( nem magyar állampolgárság esetén):

szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező, vagy

EU kék kártyával rendelkező, vagy

bevándorolt/letelepedett, vagy

menekült/oltalmazott/hontalan

***Kijelentem, hogy***

- keresőtevékenységet:

nem folytatok,

napi 4 órában folytatok,

otthonomban folytatok;

- nappali tagozaton tanulói, hallgatói jogviszonyban nem állok;

- rendszeres pénzellátásban

részesülök és annak havi összege: .....,

nem részesülök;

- az ápolási tevékenységet:

a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen,

az ápolott személy lakóhelyén/tartózkodási helyén végzem

(megfelelő rész aláhúzendó);

- életvitelszerűen a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen élek

(a megfelelő rész aláhúzendó).

## ***Az ápolts személyre vonatkozó adatok***

### ***Személyes adatok***

Neve: .....

Születési neve: .....

Anyja neve: .....

Születési hely, idő (év, hó, nap):.....

Lakóhelye:.....

Tartózkodási helye: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....

Ha az ápolts személy nem cselekvőképes, a törvényes képviselő neve:

.....

A törvényes képviselő lakcíme:.....

### ***Jogosultsági feltételekre vonatkozó nyilatkozat***

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

### ***A kérelmező családjában élő közeli hozzátartozók adatai***

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

	A	B	C	D	E
1.	Közeli hozzátartozó neve (születési neve)	Anyja neve	Születési helye, ideje (év, hó, nap)	Társadalombiztosítási Azonosító Jele	Családi kapcsolat megnevezése
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

\* Ebben az oszlopban kell feltüntetni, ha

- a) a 20 évesnél fiatalabb gyermek nem jár oktatási intézménybe, de önálló keresettel még nem rendelkezik,
- b) életkortól függetlenül a gyermek tartós betegségének vagy fogyatékosságának fennállását, amennyiben ez az állapot a gyermek 25. életévének betöltését megelőzően is fennállt.

**Jövedelmi adatok**

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

	A	B	C			
1.	A jövedelem típusa	Kérelmező	A családban élő közeli hozzátartozók			
2.	Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó ebből közfoglalkoztatásból származó					
3.	Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó					
4.	Táppénz, gyermekgondozási támogatások					
5.	Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások					
6.	Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások					
7.	Egyéb jövedelem					
8.	Összes jövedelem					

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a nyilatkozatban közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Egy főre jutó havi nettó családi jövedelem: .....Ft/hó/fő

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

Kelt: .....

.....  
az ápolást végző személy aláírása

.....  
az ápolat személy/törvényes képviselője aláírása

**3. melléklet a 2/2015.(II.27.) önkormányzati rendelethez**

**IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY**

**az ápolás címén nyújtott települési támogatás megállapításához,**

**Illetve annak kötelező felülvizsgálatához**

*(Az ápolat személy háziorvosa tölti ki.)*

I. Igazolom, hogy

Neve: .....

Születési neve: .....

Anyja neve: .....

Születési hely, év, hó, nap: .....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....

Súlyosan fogyatékos

súlyos fogyatékoságának jellege:

látássérült  hallássérült  értelmi sérült  mozgássérült, vagy

Tartósan beteg

Fenti igazolást nevezett részére az Országos Rehabilitációs és Szociális Hivatal vagy a rehabilitációs szakigazgatási szerv..... számú szakhatósági állásfoglalása vagy szakvéleménye, vagy a ..... megyei gyermek szakfőorvos ..... számú igazolása, vagy..... fekvőbeteg-szakellátást nyújtó intézmény ..... szakrendelő intézet szakorvosa által kiadott ..... keltű igazolás/zárójelentés, vagy a Tanulási Képességet Vizsgáló Szakértő Bizottság ..... számú szakvéleménye alapján állítottam ki.

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

3 hónapnál hosszabb, vagy

3 hónapnál rövidebb.

III. Nevezett önállóan nem képes:

étkezni

tisztálkodni

öltözködni

illemhelyet használni

lakáson belül közlekedni

Dátum: .....

.....

háziorvos aláírása  
munkahelyének címe

**4. melléklet a 2/2015.(II.27.) önkormányzati rendelethez**

**KÉRELEM**  
**a lakhatáshoz kapcsolódó rendszeres kiadások viseléséhez nyújtott**  
**települési támogatás igényléséhez**

**1. Személyi adatok**

**A kérelmező személyre vonatkozó adatok:**

Neve: .....

Születési neve: .....

Anyja neve.....

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

**Lakóhelye:** .....település .....utca/út/tér

..... házszám.....épület/lépcsőház ..... emelet ..... ajtó

**Tartózkodási helye:** .....település .....utca/út/tér

..... házszám.....épület/lépcsőház ..... emelet ..... ajtó

Társadalombiztosítási Azonosító Jele (TAJ száma) .....

Állampolgársága: .....

Telefonszám (nem kötelező megadni): .....

E-mail cím (nem kötelező megadni): .....

A kérelmező idegenrendészeti státusza (nem magyar állampolgár esetén)

szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező, vagy

EU kék kártyával rendelkező, vagy

bevándorolt/letelepedett, vagy

menekült/oltalmazott/hontalan.

**Kérelmezővel közös háztartásban (azonos lakcímen) élők száma:..... fő**

**Kérelmező háztartásában élők személyi adatai:**

	NÉV (születési név)	Születési helye, ideje (év,hó,nap)	Anyja neve	Társadalombiztosítási Azonosító Jele (TAJ)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

## 2. Jövedelmi adatok

A kérelmező, valamint a vele közös háztartásban élő személyeknek a havi jövedelme (Ft-ban)

A jövedelem típusa	Kérelmező	A kérelmezővel közös háztartásban élő további személyek			
1. Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó ebből: közfoglalkoztatásból származó					
2. Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó					
3. Táppénz, gyermekgondozási támogatások (pl: GYES GYED GYET CSP )					
4. Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások					
5. Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások					
6. Egyéb jövedelem ( pl: tartásdíj )					
7. Összes jövedelem					

## 3. Lakásviszonyok

**A lakásban tartózkodás jogcíme:**.....

(pl: tulajdonos, főbérlő, társbérlő, albérlő, szivességi lakáshasználó, jogcím nélküli lakáshasználó, családtag, haszonélvező)

## 4. Nyilatkozatok

A kérelemmel érintett lakásban előrefizetős (kártyás) gáz- vagy áramfogyasztást mérő készülék **működik – nem működik** (a megfelelő rész aláhúzendó)

Amennyiben igen, kérjük nevezze meg a szolgáltatót:.....

## 5. A lakhatást a legnagyobb mértékben veszélyeztető lakásfenntartási kiadás(ok):

.....

Felelősségem tudatában kijelentem, hogy

- életvitelszerűen a lakóhelyemen / tartózkodási helyemen élek (a megfelelő rész aláhúzendó)
- a közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt jövedelmi adatok valódiságát a szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 10.§-ának (7) bekezdése alapján a szociális hatáskört gyakorló szerv – a NAV hatáskörrel és illetékességgel rendelkező adóigazgatósága útján – ellenőrizheti.

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

Dátum:.....

.....

**kérelmező aláírása**

.....

**a háztartás nagykorú tagjainak aláírása**

**5. melléklet a 2/2015.(II.27.) önkormányzati rendelethez**

**K É R E L E M**  
**eseti gyógyszerköltség ellentételezésére**  
**települési támogatás igényléséhez**

**1. A kérelmező személyre vonatkozó adatok:**

- 1.1. Neve: .....
- 1.2. Születési neve: .....
- 1.3. Anyja neve:.....
- 1.4. Születési helye, ideje (év, hó, nap):.....
- 1.5. Lakóhely: .....
- 1.6. Tartózkodási hely: .....
- 1.7. Társadalombiztosítási Azonosító Jele:.....
- 1.8. Állampolgársága:.....
- 1.9. Telefonszám (nem kötelező megadni): .....

**2. A kérelmező családjában élő közeli hozzátartozók adatai**

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

	A	B	C	D	E
1.	Közeli hozzátartozó neve (születési neve)	Anyja neve	Születési helye, ideje (év, hó, nap)	Társadalombiztosítási Azonosító Jele	Családi kapcsolat megnevezése
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

\* Ebben az oszlopban kell feltüntetni, ha

- c) a 20 évesnél fiatalabb gyermek nem jár oktatási intézménybe, de önálló keresettel még nem rendelkezik,
- d) életkortól függetlenül a gyermek tartós betegségének vagy fogyatékosságának fennállását, amennyiben ez az állapot a gyermek 25. életévének betöltését megelőzően is fennállt.



### 3. Háziorvosi igazolás a kérelmező havi gyógyszer-szükségletéről:

sorszám	gyógyszer	havi adag	havi költség

.....  
háziorvos aláírása

### 4. Jövedelmi adatok

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

	A	B	C			
1.	A jövedelem típusa	Kérelmező	A családban élő közeli hozzátartozók			
2.	Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó ebből közfoglalkoztatásból származó					
3.	Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó					
4.	Táppénz, gyermekgondozási támogatások					
5.	Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások					
6.	Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások					
7.	Egyéb jövedelem					
8.	Összes jövedelem					

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a nyilatkozatban közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Egy főre jutó havi nettó családi jövedelem: .....Ft/hó/fő

Bóly,..... év ..... hó ..... nap

.....  
kérelmező aláírása

**Gyógyszertári bizonylat csatolása kötelező!**

**6. melléklet a 2/2015.(II.27.) önkormányzati rendelethez**

**KÉRELEM**  
**Születési támogatás címen nyújtott**  
**települési támogatás igényléséhez**

**1. A kérelmező személyre vonatkozó adatok:**

- 1.1. Neve: .....
- 1.2. Születési neve: .....
- 1.3. Anyja neve:.....
- 1.4. Születési helye, ideje (év, hó, nap):.....
- 1.5. Lakóhely: .....
- 1.6. Tartózkodási hely: .....
- 1.7. Társadalombiztosítási Azonosító Jele:.....
- 1.10. Állampolgársága:.....
- 1.11. Telefonszám (nem kötelező megadni): .....

**2. A kérelmező családjában élő közeli hozzátartozók adatai**

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

	A	B	C	D	E
1.	Közeli hozzátartozó neve (születési neve)	Anyja neve	Születési helye, ideje (év, hó, nap)	Társadalombiztosítási Azonosító Jele	Családi kapcsolat megnevezése
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

\* Ebben az oszlopban kell feltüntetni, ha

- e) a 20 évesnél fiatalabb gyermek nem jár oktatási intézménybe, de önálló keresettel még nem rendelkezik,
- f) életkortól függetlenül a gyermek tartós betegségének vagy fogyatékosságának fennállását, amennyiben ez az állapot a gyermek 25. életévének betöltését megelőzően is fennállt.

### 3. Kérelmemet az alábbiakkal indoklom:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### 4. Jövedelmi adatok

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

	A	B	C			
1.	A jövedelem típusa	Kérelmező	A családban élő közeli hozzátartozók			
2.	Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó ebből közfoglalkoztatásból származó					
3.	Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó					
4.	Táppénz, gyermekgondozási támogatások					
5.	Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások					
6.	Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások					
7.	Egyéb jövedelem					
8.	Összes jövedelem					

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a nyilatkozatban közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Egy főre jutó havi nettó családi jövedelem: .....Ft/hó/fő

Bóly,..... év ..... hó ..... nap

.....  
**kérelmező aláírása**

**7. melléklet a 2/2015.(II.27.) önkormányzati rendelethez**

**K É R E L E M**  
**rendkívüli települési támogatás igényléséhez**

**1. A kérelmező személyre vonatkozó adatok:**

- 1.1. Neve: .....
- 1.2. Születési neve: .....
- 1.3. Anyja neve:.....
- 1.4. Születési helye, ideje (év, hó, nap):.....
- 1.5. Lakóhely: .....
- 1.6. Tartózkodási hely: .....
- 1.7. Társadalombiztosítási Azonosító Jele:.....
- 1.12. Állampolgársága:.....
- 1.13. Telefonszám (nem kötelező megadni): .....

**2. A kérelmező családjában élő közeli hozzátartozók adatai**

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

	A	B	C	D	E
1.	Közeli hozzátartozó neve (születési neve)	Anyja neve	Születési helye, ideje (év, hó, nap)	Társadalombiztosítási Azonosító Jele	Családi kapcsolat megnevezése
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

\* Ebben az oszlopban kell feltüntetni, ha

- a) a 20 évesnél fiatalabb gyermek nem jár oktatási intézménybe, de önálló keresettel még nem rendelkezik,
- b) életkortól függetlenül a gyermek tartós betegségének vagy fogyatékosságának fennállását, amennyiben ez az állapot a gyermek 25. életévének betöltését megelőzően is fennállt.

### 3. Kérelmemet az alábbiakkal indoklom:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### 4. Jövedelmi adatok

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

	A	B	C			
1.	A jövedelem típusa	Kérelmező	A családban élő közeli hozzátartozók			
2.	Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó ebből közfoglalkoztatásból származó					
3.	Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó					
4.	Táppénz, gyermekgondozási támogatások					
5.	Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások					
6.	Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások					
7.	Egyéb jövedelem					
8.	Összes jövedelem					

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a nyilatkozatban közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Egy főre jutó havi nettó családi jövedelem: .....Ft/hó/fő

Bóly,..... év ..... hó ..... nap

.....  
kérelmező aláírása