2 melléklet a 1/2015. (III. 3.) önkormányzati rendelethez

Lábodi Közös Önkormányzati Hivatal

7551 Lábod, Kossuth u.57

ÉRKEZETT : 2015.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ÜGYIRATSZÁM : I/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/2015

***KÉRELEM
Lakhatáshoz kapcsolódó rendszeres kiadások viseléséhez nyújtott települési támogatás iránt***

***1. Személyi adatok***

A kérelmező személyre vonatkozó adatok:

Neve: ......................................................................................................................

Születési neve: ......................................................................................................................

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

Születés helye, ideje: .....................................................................................................................

Lakóhely: □□□□ irányítószám .............................................. település .......................................... utca/út/tér .............. házszám

Tartózkodási hely: □□□□ irányítószám .................................................. település ....................................................... utca/út/tér .............. házszám

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: □□□ □□□ □□□

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

 Kérelmezővel életvitelszerűen együtt és azonos lakcímen élők száma: ............ fő.

Kérelmező háztartásában élők személyi adatai:

|  |
| --- |
| **3. A kérelmező háztartásában élők személyi adatai** |
| **Név** | **Születési helye, ideje** | **Anyja neve** | **Taj.szám:** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Kijelentem, hogy a kérelem benyújtásának időpontjában a háztartásom táblázatban feltüntetett tagjai között van olyan személy:

*a)* aki után vagy részére súlyos fogyatékosság vagy tartós betegség miatt magasabb összegű családi pótlékot folyósítanak; ha igen, akkor e személyek száma ............ fő,

*b)* aki fogyatékossági támogatásban részesül; ha igen, akkor e személyek száma .......... fő ,

*c)* aki gyermekét egyedülállóként neveli; ha igen, akkor e személyek száma .......... fő.

***2. Jövedelmi adatok***

A kérelmező, valamint a vele közös háztartásban élő személyeknek a havi jövedelme forintban:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **A.** | **B** | **C.** |
| 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  |  |  |  |  |  |
| 4.Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások |  |  |  |  |  |
| 5. Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások  |  |  |  |  |  |
| **7. Összes jövedelem** |  |  |  |  |  |

 *Egy főre jutó havi jövedelem (ügyintéző tölti ki):………………………………Ft/hó/fő*

***3. Lakásviszonyok***

A támogatással érintett lakás nagysága: .................... m2.

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

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

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

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

**Kijelentem**, hogy

*a)* életvitelszerűen a lakóhelyemen/a tartózkodási helyemen élek\*

(a megfelelő rész aláhúzandó),

*b)* a közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Lábod, : ...............................................

|  |  |
| --- | --- |
| ................................................................... | .................................................................. |

|  |  |
| --- | --- |
| kérelmező aláírása | a háztartás nagykorú tagjainak aláírása |