* 1. számú melléklet a 1/2014. (I.14.) Kt.sz. rendelethez

**KÉRELEM ÖNKORMÁNYZATI SEGÉLY IRÁNT**

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

Alulírott azzal a kéréssel fordulok a fenti hivatalhoz, hogy részemre önkormányzati segélyt megállapítani szíveskedjék:

- temetési költségekhez való hozzájárulásként,

- betegség miatt megnövekedett kiadásokra (gyógyszerköltségek, gyógyító ellátásokra, utazásra), illetve kiesett jövedelem miatt,

- rendkívüli gyógyszersegélyre,

- elemi kár elhárításához,

- válsághelyzetben lévő várandó anya gyermekének megtartásához,

- gyermek iskoláztatásához,

- gyermek fogadásának előkészítéséhez,

- nevelésbe vett gyermek családjával való kapcsolattartáshoz, a gyermek családba való visszakerülésének elősegítéséhez,

- a gyermek hátrányos helyzete miatti kiadásokhoz,

- téli időszakban tüzelővásárláshoz.

**Részletes indokolás:**

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

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

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

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

………………………………………………………………………………………………....... Kérem méltányos elbírálását, és segítségét:

*Benk, ………………………*

.………………………………………

**kérelmező**

A közeli hozzátartozókra és jövedelmükre vonatkozó adatok

3.1. A kérelmező családi körülménye:

3.1.1. **□** egyedül élő

3.1.2. **□** nem egyedül élő

3.2. A kérelmező családjában élő közeli hozzátartozók adatai

3.2.1. A kérelmező családjában élő közeli hozzátartozók száma:.........fő.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| A  | B  | C  | D  |
| Közeli hozzátartozó neve (születési neve)  | Családi kapcsolat megnevezése  | Közeli hozzátartozó születési helye, ideje  | Megjegyzés\* TAJ SZÁM  |
| 1.  |
| 2.  |
| 3.  |
| 4.  |
| 5.  |
| 6.  |

\* Ebben az oszlopban kell feltüntetni, ha - a 20 évesnél fiatalabb gyermek nem jár oktatási intézménybe, de önálló keresettel még nem rendelkezik, - életkortól függetlenül a gyermek tartós betegségének vagy fogyatékosságának fennállását, amennyiben ez az állapot a gyermek 25. életévének betöltését megelőzően is fennállt.