**2. melléklet a 2/2015. (II. 26.) önkormányzati rendelethez**

**KÉRELEM**

**Rendkívüli települési támogatás megállapításához**

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

Neve: …………………………………………………………………………………………………...

Születési neve:

Anyja neve:

Születési helye, ideje (év, hó, nap):

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Állampolgársága:

Telefonszám (*nem kötelező megadni*):

Kérelmező családi állapota: □ egyedülálló □ házastársával/élettársával él együtt

Kérelmezővel közös háztartásban élők száma:

**2. A kérelmező házastársára/élettársára vonatkozó adatok:**

Neve: …………………………………………………………………………………………………...

Születési neve:

Anyja neve:

Születési helye, ideje (év, hó, nap):

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

A kérelmezővel együtt élő, eltartott gyermekek száma: ……fő

**3. A kérelmező és a kérelmezővel azonos lakcímen élő családtagok adatai**

| Családtagok neve (születési neve) | Anyja neve | Születési helye, ideje (év, hó, nap) | Társadalom-biztosítási Azonosító Jele | Családi kapcsolat megnevezése |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |   |   |   |   |
| 3. |  |   |   |   |   |
| 4. |  |   |   |   |   |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |

**4. A család havi rendszeres kiadásai (*előző hónap számlái alapján*):**

 - víz -, csatorna díj: ……………………………… Ft/hó

 - villany: ……………………………… Ft/hó

 - gáz: ……………………………… Ft/hó

 - tüzelő: ……………………………… Ft/fűtési szezon

 - lakáscélú hitel törlesztő részlete: …………………… Ft/hó

 - TV, internet szolgáltatás díja: …………………….. Ft/hó

 - gyógyszer: ……………………………. Ft/hó

 Egyéb: …………………... …………………… Ft/hó

**5. Milyen célból kéri a települési támogatást *(kérjük jelölje)*:**

□ elemi kár miatt lakhatását elveszítette vagy lakóingatlana a rendeltetésszerű használatra átmenetileg alkalmatlanná vált,

□ betegsége miatt a megélhetését veszélyeztető mértékű gyógyszer vagy gyógyászati segédeszköz kiadása merült fel és közgyógyellátásban nem részesül,

□ a sérelmére elkövetett bűncselekményből a megélhetését veszélyeztető anyagi kára keletkezett,

□ egészségügyi állapotának romlása miatt tartósan keresőképtelenné vált vagy állandó jelleggel 80%-ot meghaladó jövedelem-kiesése következett be,

□ hosszan tartó kórházi ellátásban részesül

□ egyéb, az Szt. 45. § (4) bekezdésében meghatározott helyzetben van.

A rendkívüli élethelyzet miatti kár vagy költség igazolt összege:

Támogatás kérelmének indoka:

**6. Nyilatkozatok**

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

Alulírott büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek. Egyéb jövedelemmel nem rendelkezem.

Alulírott hozzájárulok, hogy adataimat (családtagjaim adatait) a kérelem elbírálása céljából kezeljék.

Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt jövedelmi adatok valódiságát a szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 10.§ (7) bekezdése alapján a szociális hatáskört gyakorló szerv ellenőrizhet.

Kondorfa, …………………………

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

|  |
| --- |
|  kérelmező aláírása kérelmező házastársának/élettársának aláírása |