***9. melléklet Várvölgy Község Önkormányzata Képviselő-testületének 2/2021.* *(II.15.)* *önkormányzati rendeletéhez***

**KÉRELEM LAKÁSCÉLÚ TELEPÜLÉSI TÁMOGATÁSHOZ**

**A kérelmező személyére vonatkozó személyi adatok**

|  |  |
| --- | --- |
| Neve |  |
| Születési neve: |  |
| Anyja neve: |  |
| Születési hely, idő |  |
| Lakóhely: |  |
| Tartózkodási hely: |  |
| Hajléktalan személy esetén  A folyósítás helye |  |
| TAJ szám |  |
| Telefonszám: |  |
| Családi állapot: |  |
| Munkahely neve, címe: |  |
| Foglalkozása |  |
| Bankszámlaszáma, amennyiben  A folyósítást bankszámlára kéri |  |

**Nyilatkozom, hogy az alábbi közeli hozzátartozóimmal élek közös háztartásban:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Neve | Születési idő, hely | TAJ száma | Rokoni kapcsolat | Foglalkozás | Havi jövedelem |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |

Alulírott kérem, hogy részemre az alábbi okok miatt lakáscélú települési támogatásra való jogosultságot szíveskedjenek megállapítani az alábbi indokaim alapján:

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

…………………………………………………………………………………………………

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

Kérelmemhez az alábbi igazolásokat csatolom:

1. Jövedelemnyilatkozat
2. Vagyonnyilatkozat
3. ingatlan megszerzését igazoló tulajdoni lap, adásvételi vagy ajándékozási szerződés

Az általános közigazgatási rendtartásról szóló 2016. évi CL. Tv. 82. §. (3) bekezdés értelmében kérelmem kedvező elbírálása esetén fellebbezési jogomról lemondok.

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

Hozzájárulok a nyilatkozatban szereplő adatoknak a szociális eljárásban történő felhasználásához, kezeléséhez.

Kelt: Várvölgy, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

……………………………..

Kérelmező