

**KÉRELEM**  
**települési támogatás iránt**

**1. A kérelmet a következő támogatási formára nyújtom be:**

(A megfelelő részt x-el jelölje)

- gyógyszereltámogatás
- lakhatási támogatás
- étkezési térítési díj támogatás (gyermek esetén)
- étkezési térítési díj támogatás (65. életévét betöltött személy esetén)
- szennyvízrákötési támogatás

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

- 2.1. Neve: .....
- 2.2. Születési neve: .....
- 2.3. Anyja neve: .....
- 2.4. Születési helye, ideje (év, hó, nap): .....
- 2.5. Lakóhelye: .....
- 2.6. Tartózkodási helye: .....
- 2.7. Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....
- 2.8. Állampolgársága: .....
- 2.9. Telefonszám (nem kötelező megadni): .....

**3. A közeli hozzátartozókra és jövedelmükre vonatkozó adatok**

3.1. A kérelmező családi körülménye:

3.1.1.  egyedülélő,

3.1.2.  nem egyedülélő.

3.2. A kérelmező családjában élő közeli hozzátartozók adatai

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

	Közeli hozzátartozó neve (születési neve)	Anyja neve	Születési helye, ideje (év, hó, nap)	Társadalombiztosítási Azonosító Jele	Családi kapcsolat megnevezése	Megjegyzés*
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						

**4. Jövedelmi adatok**

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

A jövedelem típusa	Kérelmező	A családban élő közeli hozzátartozók				
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						
6. Egyéb jövedelem						
7. Összes jövedelem						

A családban az egy főre jutó nettó jövedelem: .....Ft.

Havi rendszerességgel szedett gyógyszerek igazolt költsége: .....Ft.  
(gyógyszertámogatás igénylése esetén)

**5. Nyilatkozatok**

5.1. Kijelentem, hogy

5.1.1.\* életvitelszerűen a lakóhelyemen/a tartózkodási helyemen élek (a megfelelő rész aláhúzandó),

5.1.2. a családban élő közeli hozzátartozóként feltüntetett személyek életvitelszerűen az enyémmel megegyező lakcímen élnek,

5.1.3. a közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

(\* Ezt a nyilatkozatot csak abban az esetben kell megtenni, ha egyidejűleg bejelentett lakó- és tartózkodási hellyel is rendelkezik.)

5.2. Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt adatok valóságát a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 10. § (7) bekezdése alapján a szociális hatáskört gyakorló szerv - a Nemzeti Adó- és Vámhivatal hatáskörrel és illetékességgel rendelkező adóigazgatósága útján - ellenőrizheti.

5.3. Kijelentem, hogy az ellátásra való jogosultság feltételeit érintő lényeges tények, körülmények megváltozásáról 15 napon belül értesítem az ellátást megállapító szervet (gyógyszertámogatás, illetve étkezési térítési díj igénylése esetén, pl: lakcímváltozás, ellátás lemondása, szüneteltetése, illetve az ellátott elhalálzásáról való tájékoztatás az intézmény részéről).

**Kelt: Kunmadaras, .....**

.....  
**kérelmező aláírása**

.....  
**kérelmező házastársának/élettársának aláírása**

Kijelentem, hogy a települési támogatás megállapítása iránti kérelemnek teljes egészében helyt adó döntés elleni fellebbezési jogomról lemondok. / Nemleges válasz esetén kérjük a szöveg részt áthúzással jelölni/

.....  
**kérelmező aláírása**