*1. sz. függelék*

*az egyes szociális ellátási formák szabályozásáról szóló*

*4./2015. (II.13.) számú önkormányzati rendelethez*

**TELEPÜLÉSI TÁMOGATÁS IRÁNTI KÉRELEM**

🗖- egyszeri rendkívüli támogatáshoz 🗖- tüzelőre, **tüzelő** vásárlásához 🗖- Hozzátartozó el**temettetés**éhez

🗖- **Gyógyszer**támogatáshoz 🗖 - **Lakhatás**hoz kapcsolódó támogatáshoz 🗖 - hozzátartozó **ápolás**ához

(Kérjük a fentiek közül X-el megjelölni a választ)

# Kérelmező adatai

Név és leánykori név :

Születési hely és idő:

Anyja neve:

Családi állapota:

hajadon nőtlen házas élettárs özvegy elvált

Lakóhely/Tartózkodási hely:

Telefon szám:

TAJ szám:

# JÖVEDELEMNYILATKOZAT

## Összesen

# Közeli hozzátartozók jövedelme

**kérelmező**

**Jövedelem** **típusa**

Munkaviszonyból, munkavégzésre irányuló egyéb

jogviszonyból származó jövedelem és táppénz

Társas és egyéni vállalkozásból származó jövedelem

Ingatlan, ingó vagyontárgyak értékesítéséből, vagyon jog átruházásából származó jövedelem

Nyugellátás, baleseti nyugellátás, egyéb nyugdíjszerű ellátások

Gyermekek ellátásához, gondozásához kapcsolódó ellátások (családi pótlék, tartásdíj stb.)

Járási hivatal által folyósított pénzbeli ellátások pl. foglal. helyettesítő tám., egészségkár. rendszoc.stb )

Munkaügyi szervek által folyósított ellátás pl.: álláskeresési tám.

Egyéb (ösztöndíj, értékpapírból származó jövedelem, albérleti díj stb.)

# Összes nettó jövedelem

**Ft**

**Egy főre jutó családi nettó jövedelem** ( A hivatal tölti ki )

**A személyi adatait kérelme beadásakor a személyi okmányaival igazolnia kell!**

# Együttélő családtagok: egy lakásban együtt lakó, ott bejelentett lakóhellyel vagy tartózkodási hellyel rendelkező az egy főre jutó jövedelem számítása szempontjából figyelembe vehető közeli hozzátartozók adatai:

TAJ szám

Rokoni kapcsolat

Születési hely, idő:

Név:

1.

2.

3.

4.

5.

Kérelem indoka:

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

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

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

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

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

Nyilatkozom, hogy a közös háztartásban(azonos lakcímen élők száma: …………….fő.

Rendszeres havi kiadások(melyeket számlával igazolni kell)  
Vízdíj: …………………. Ft, Villanyszámla díja: …………….. Ft, Gázdíj:……………………Ft

Bérlakás esetén bérleti díj: ………………Ft, Szemétszállítás díja:………………… Ft,

Hiteltörlesztés havi díja: ………………...Ft, Egyéb…………………….: ……………………Ft.

A lakásban tartózkodás jogcíme:………………………

Amennyiben a támogatást elhunyt hozzátartozó eltemettetéséhez kéri:

Az eltemetett hozzátartozó neve: ………………………………………………………….…..

Rokoni kapcsolat: ……………………………………………………………………….…….

A haláleset helye, időpontja:………………………………………………..…………………..

Halotti anyakönyvi folyószám:………………………A temetés költségei: ……………………………

Az elhunyttal volt-e tartási, életjáradéki, öröklési szerződés: igen - nem

A kérelemhez csatolni kell a temetési számla eredeti példányát és a halotti anyakönyvi kivonat másolatát.

Egyben nyilatkozom arról, hogy más Önkormányzattól – az elhunyt után – nem részesültem temetési segélyben és a hadigondozásról szóló 1994. évi XLV tv. alapján temetési hozzájárulásban.

🗖 **Bankszámlaszám ahova a támogatás utalását kérem:**

**……………………….-………………………….-…………………………**

🗖 **A részemre megállapított támogatást házipénztárból kívánom felvenni.**

……………………………….

Kérelmező aláírása

***Vagyonnyilatkozat***

***I. A kérelmező személyi adatai***

Név (Születési név): ……………………………………………………………………………...

TAJ szám…………………………………

***II. A kérelmező és a vele együttélő közeli hozzátartozójának vagyona***

***A. Ingatlanok***

1. Lakástulajdon és lakótelek-tulajdon (vagy állandó, illetve tartós használat): címe: ................. város/község ................... út/utca.................... hsz. alapterülete: ........... m2, tulajdoni hányad: ..........................., a szerzés ideje: ................ év Becsült forgalmi érték:\* .......................................... Ft

Haszonélvezeti joggal terhelt: igen nem (a megfelelő aláhúzandó)

2. Üdülőtulajdon és üdülőtelek-tulajdon (vagy állandó, illetve tartós használat): címe: ....................... város/község .................................. út/utca .................... hsz. alapterülete: ........... m2, tulajdoni hányad: ...................., a szerzés ideje: ................ év Becsült forgalmi érték:\* ..................................... Ft

3. Egyéb, nem lakás céljára szolgáló épület-(épületrész-)tulajdon (vagy állandó használat): megnevezése (zártkerti építmény, műhely, üzlet, műterem, rendelő, garázs stb.): ............................ címe: ...................................... város/község........................... út/utca .................... hsz. alapterülete: ........... m2, tulajdoni hányad: ................., a szerzés ideje: ................ év Becsült forgalmi érték:\* .................................... Ft

4. Termőföldtulajdon (vagy állandó használat): megnevezése: .......................... címe: ........................................ város/község .............................. út/utca .............. hsz. alapterülete: ........... m2, tulajdoni hányad: ...................., a szerzés ideje: ................ év Becsült forgalmi érték:\* ................................. Ft

***II. Egyéb vagyontárgyak***

Gépjármű: '

*a)* személygépkocsi: ......................................... típus .................. rendszám

a szerzés ideje: .................................................. Becsült forgalmi érték:\*\* .......................................... Ft

*b)* tehergépjármű, autóbusz: .............................. típus .................. rendszám

a szerzés ideje: .................................................. Becsült forgalmi érték:\*\* .......................................... Ft

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek és tudomásul veszem, hogy azok valódisága a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény alapján az NAV-nál ellenőrizhető.

Hozzájárulok, hogy saját és családom személyes adatait a szociális hatáskör gyakorlója a jogosultság megállapítása és teljesítése céjából kezelje.

Zalaszentgrót, \_\_\_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_ nap

……………………………………

Kérelmező

A kérelemhez mellékelni kell a család jövedelmeiről szóló összes igazolást.

A jövedelmi viszonyokra vonatkozó igazolások esetén:

* a havonta rendszeresen mérhető jövedelmeknél a kérelem benyújtását megelőző három hónap egy hónapra eső átlagát,
* egyéb jövedelmeknél a kérelem benyújtását megelőző 12 hónap átlagkeresetét ( pl. adóbevallás ) kell figyelembe venni.

……………………………….

*cégbélyegző helye*

**MUNKÁLTATÓI IGAZOLÁS**

Igazoljuk, hogy (név)…………………………………………………………………..

Születési hely, idő:……………………………………………………………………...

Anyja neve: ……………………………………………………………………………

Lakcím: ………………………………………………………………………………..

…………………………………………………. foglalkozású dolgozónk

Utolsó három havi nettó átlagkeresete:

……………………… Ft

Családi pótlék: ……………………… Ft

Fenti összeget ……………………. Ft gyermektartási díj, egyéb ………………………….

…………………………………………………………………levonás terheli.

………………………….., ……………………………………………..

P.H.

*…………………………*

*cégszerű aláírás*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

……………………………….

*cégbélyegző helye*

**MUNKÁLTATÓI IGAZOLÁS**

Igazoljuk, hogy (név)…………………………………………………………………..

Születési hely, idő:……………………………………………………………………...

Anyja neve: ……………………………………………………………………………

Lakcím: ………………………………………………………………………………..

…………………………………………………. foglalkozású dolgozónk

Utolsó három havi nettó átlagkeresete:

……………………… Ft

Családi pótlék: ……………………… Ft

Fenti összeget ……………………. Ft gyermektartási díj, egyéb ………………………….

…………………………………………………………………levonás terheli.

………………………….., ……………………………………………..

P.H.

*…………………………*

*cégszerű aláírás*

***Igazolás a biztosított havi receptköteles gyógyszerköltségéről***

*(A háziorvos vagy szakorvos állítja ki! Az orvos és gyógyszertár aláírása és bélyegzőlenyomata nélkül nem fogadható el)*

Igazolom, hogy (név) ……………………………………………………

szül.hely: ………………………………….. szül. idő:………………..…………

anyja neve: …………………………………………..

TAJ száma: ……………………………………..

Zalaszentgrót, …………………………………………….. szám alatti lakos

az alábbi gyógyszereket szedi:

Amennyiben az igénylő a gyógyszereket rendszeresen szedi kérjük szíveskedjen megjelölni az 1 havi mennyiséget.

A feltüntetett gyógyszerek árát gyógyszertár igazolja.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Gyógyszer  (gyógyszer neve/havi adag)  (háziorvos, szakorvos tölti ki) | Ft/hó  (gyógyszertár tölti ki) | Gyógyszer  (gyógyszer neve/havi adag)  (háziorvos, szakorvos tölti ki) | Ft/hó  (gyógyszertár tölti ki) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Gyógyszerköltség összesen havonta (ügyintéző tölti ki): ………………….

Közgyógyellátásra jogosító igazolvánnyal rendelkezik-e? 🗖 IGEN 🗖 NEM

A gyógykezelés várható időtartama:……………….. hónap.

Zalaszentgrót, 2015………………….hónap….. nap

P.H.

…………………………………… ……………………………..

gyógyszertár aláírása, pecsétje házi/szak orvos aláírása, pecsétszáma

|  |  |
| --- | --- |
| **Hozzátartozó ápolásához kapcsolódó települési támogatás esetén kitöltendő!**  *Az ápolt személyre vonatkozó adatok*  *Személyes adatok*  Neve: ...............................................................................................................................  Születési neve: ................................................................................................................  Anyja neve: .....................................................................................................................  Születési hely, idő (év, hó, nap): .....................................................................................  Lakóhelye: .......................................................................................................................  Tartózkodási helye: ..........................................................................................................  Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .............................................................................  *Jogosultsági feltételekre vonatkozó nyilatkozat*  🗖Egyetértek azzal, hogy az otthoni ápolásomat, gondozásomat az ápolási díjat kérelmező hozzátartozóm végezze.  …………………………………… ………………………………………  ápolt személy aláírása ápoló személy aláírása  Kijelentem, hogy keresőtevékenységet:  [] nem folytatok,  [] napi 4 órában folytatok,  [] otthonomban folytatok;  Nappali tagozaton tanulói, hallgatói jogviszonyban nem állok;  Rendszeres pénzellátásban  [] részesülök és annak havi összege: .....................,  [] nem részesülök;  Az ápolási tevékenységet:  [] a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen,  [] az ápolt személy lakóhelyén/tartózkodási helyén  végzem (a megfelelő aláhúzandó);  Életvitelszerűen a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen élek (a megfelelő rész aláhúzandó).  Rokoni kapcsolat megnevezése:………………………………    **Nyilatkozom, hogy más szervtől ápolási díjban nem részesülök.**  ……………………………………  Kérelmező  **IGAZOLÁS**  **a hozzátartozó ápolásához/kötelező felülvizsgálatához**  (Az ápolt személy háziorvosa tölti ki.)  Igazolom, hogy | |
| Neve: ....................................................................................................................... | |
| Születési neve: ......................................................................................................... | |
| Anyja neve: .............................................................................................................. | |
| Születési hely, év, hó, nap: ..................................................................................... | |
| Lakóhely: ................................................................................................................... | |
| Tartózkodási hely: .................................................................................................... | |
| Társadalombiztosítási Azonosító Jele: ................................................................... | |
|  Súlyosan fogyatékos  súlyos fogyatékosságának jellege:   látássérült  hallássérült  értelmi sérült  mozgássérült, vagy   Tartósan beteg | |
| Fenti igazolást nevezett részére  a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal  vagy a rehabilitációs szakigazgatási szerv.................... számú szakhatósági állásfoglalása vagy szakvéleménye, vagy a...................... megyei gyermek szakfőorvos.................... számú igazolása, vagy........................... fekvőbeteg-szakellátást nyújtó intézmény....................................................... szakrendelő intézet szakorvosa által kiadott.................... keltű igazolás/zárójelentés, vagy a Tanulási Képességet Vizsgáló Szakértő Bizottság....................számú szakvéleménye alapján állítottam ki. | |
| II. Szakvéleményem szerint a fent nevezett személy fogyatékossága/betegsége miatt állandó és tartós gondozásra szorul. A gondozás várható időtartama: | |
|  3 hónapnál hosszabb, vagy | |
|  3 hónapnál rövidebb. | |
| Dátum: ............................................................ | |
|  | .....................................................  háziorvos aláírása |