

1. sz. függelék

az egyes szociális ellátásokról és szolgáltatásokról szóló 3/2015. (II. 25.) önkormányzati rendelethez

TELEPÜLÉSI TÁMOGATÁS IRÁNTI KÉRELEM

☐ Eseti rendkívüli támogatáshoz ☐ Tüzelő vásárlásához ☐ Hozzá tartozó eltemettetéséhez

☐ Gyógyszertámogatáshoz ☐ Lakhatáshoz kapcsolódó támogatáshoz ☐ Hozzá tartozó ápolásához
(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	
Telefon szám:	
TAJ szám:	

JÖVEDELEMNYILATKOZAT

Jövedelem típusa	kérelmező	Közeli hozzátartozók		..
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)				
Önkormányzati támogatások (rendszer. szociális segély, jövő pótló támogatás, kiegészítő családi				
Munkaügyi szervek, Járási hivatal által folyósított pénzbeli ellátások pl. munkanélküli járadék stb.				
Egyéb (ösztöndíj, értékpapírból származó jövedelem, alberteti díj stb.)				
Összes nettó jövedelem				

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

Ft

A személyi adatait kérelme beadásakor a személyi okmányaival igazolnia kell!

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

Név:	Születési hely,	Rokoni kapcsolat	TAJ szám
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.**

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy az általam közölt és a benyújtott melléletek tartalma szerinti adatok a valóságnak megfelelnek.

.....
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 aláhúzendő)

2. Üdültulajdon 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 valóságosága 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 céljából kezelje.

Tekenye, 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.

Kelt:,

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.

Kelt:,

P.H.

.....
cégszerű aláírás

Igazolás a biztosított havi társadalombiztosítási támogatásba befogadott gyógyszerköltségéről
(A háziorvos vagy szakorvos állítja ki! Az orvos és gyógyszerértár aláírása és bélyegzőlenyomata nélkül nem fogadható el)

Igazolom, hogy (név)

szül.hely: szül. idő:.....

anyja neve:

TAJ száma:

Tekenyé, szám alatti lakos részére az alábbi gyógyszerek rendszeres szedése szükséges:

Kérjük szíveskedjen megjelölni az 1 havi mennyiséget. A feltüntetett gyógyszerek árát gyógyszertár igazolja.

Gyógyszer (gyógyszer neve/havi adag) (házi orvos, szakorvos tölti ki)	Ft/hó (gyógyszertár tölti ki)	Gyógyszer (gyógyszer neve/havi adag) (házi orvos, 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.

Kelt: Zalaszentgrót, évhónap..... nap

P.H.

.....
gyógyszertár aláírása, pecsétje

.....
házi/szak orvos aláírása, pecsétszáma

**Hozzá tartozó ápolásához kapcsolódó települési támogatás esetén
kitöltendő!**

Az ápolat személyre vonatkozó 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.

.....
ápolat személy aláírása

Kijelentem, hogy keresőtevékenységet:

☐ nem folytatok,

☐ napi 4 órában folytatok, ebből származó havi jövedelmen: Ft

☐ otthonomban folytatok; ebből származó havi jövedelmen: Ft

nappali rendszerű képzésben, tagozaton tanulói vagy hallgatói jogviszonyban nem állok;

családomban nem él olyan másik személy, aki jövedelemszerző tevékenységet nem folytat és az ápolat személy gondozására, ápolására képes,

rendszeres pénzellátásban

☐ részesülök és annak havi összege:,

☐ nem részesülök;

az ápolási tevékenységet:

☐ a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen,

☐ az ápolat személy lakóhelyén/tartózkodási helyén

végzem (a megfelelő aláhúzendő);

Életvitelszerűen a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen élek (a megfelelő rész aláhúzendő).

Rokoni kapcsolat megnevezése:.....

Nyilatkozom, hogy más szervtől ápolási díjban nem részesülök.

Kelt: Tekenye, évhónap..... nap

.....
Kérelmező

IGAZOLÁS

a hozzátartozó ápolásához/kötelező felülvizsgálatához

(Az ápolat 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 fogyatékoságának 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 Bizottságszámú szakvéleménye alapján állítottam ki.

II. Szakvéleményem szerint a fent nevezett személy fogyatékosága/betegsége miatt állandó és tartós gondozásra szorul. A gondozás várható időtartama:

☐ 3 hónapnál hosszabb, vagy

☐ 3 hónapnál rövidebb.

Kelt:, év hó nap

.....

házi orvos aláírása

**Tekenye Község Önkormányzat
Képviselő-testülete
8793 Tekenye, Hunyadi u. 17.**

**KÉRELEM
születési támogatáshoz**

A Képviselő-testület alanyi jogon egyszeri pénzbeli támogatást biztosít annak a szülőnek, akinek gyermeke születik és a szülők valamelyike, illetve a gyermekét egyedül nevelő anyag a szülés napját megelőzően a településen bejelentett lakóhellyel rendelkezik, életvitelszerűen Tekenye község településén él.

A vissza nem térítendő támogatás összege gyermekenként 20.000,-Ft.

A támogatás a születési anyakönyvi kivonat bemutatásával a születést követő 1 éven belül igényelhető.

Kérem a _____ nevű, _____-én
(születési idő), _____ (születési hely) született,
_____ (anya neve)
_____ lakhelyű gyermeke után az
önkormányzati támogatás kifizetését.

Szülők adatai:

Apa neve: _____ szül.hely, idő: _____
anya neve: _____ állandó lakcíme: _____
Apa neve: _____ szül.hely, idő: _____
anya neve: _____ állandó lakcíme: _____

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy fentiek a valóságnak megfelelnek, más önkormányzattól ilyen támogatást nem kaptam, erre igényt, nem nyújtottam be.

Mellékelendő:

- születési anyakönyvi kivonat
- kérelmező szülő lakcímkártyája
- újszülött gyermek lakcímkártyája

Tekenye: _____ év _____ hó _____ nap

aláírás