1. számú melléklet az 1/2021.(I.05.) önkormányzati rendelethez

**K é r e l e m**

**Eseti települési támogatás**

**megállapítására**

**I. SZEMÉLYI ADATOK**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Megnevezés** | **Kérelmező** | **házastárs (élettárs)** |
| **Neve (születési név is)** |  |  |
| **Anyja neve** |  |  |
| **Születési hely, év, hó, nap** |  |  |
| **Családi állapota** |  |  |
| **Lakóhelye** |  |  |
| **Tartózkodási helye** |  |  |
| **Havi jövedelem** |  |  |
| Hajléktalan személy esetén a folyósítás helye |  |  |
| **TAJ száma** |  |  |
| Telefonszáma (nem kötelező megadni) |  |  |
| Bankszámlaszám (ha a folyósítást bankszámlára kéri) |  |  |
| Folyószámla-vezető pénzintézet |  |  |

**II. A KÉRELMEZŐVEL KÖZÖS HÁZTARTÁSBAN ÉLŐ SZEMÉLYEK (GYERMEKEK) ADATAI**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Név** | | **Születési hely, idő** | **TAJ szám** | **Havi jövedelem** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |

**Nyilatkozom, hogy az eseti települési támogatást**

1. **létfenntartási támogatásként**
2. **gyógyszertámogatásként**
3. **temetési támogatásként, megelőlegező vagy utólagos megtérítésre**
4. **elemi kár elhárításához**
5. **gyermeknevelési támogatásként**
6. **első házasságkötési támogatásként**
7. **születésre nyújtott támogatásként**

**kérem megállapítani.** (a megfelelő ellátási forma aláhúzandó)

**III. A JOGOSULTSÁG FELTÉTELEIRE VONATKOZÓ ADATOK**

**A háztartás rendszeres havi kiadásai:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Költség megnevezése:** | **Ft/hó** |
| Vezetékes gáz |  |
| Villanyáram |  |
| Víz- és csatorna szolgáltatás díja |  |
| Szemétszállítás díja |  |
| Telefon/mobilszolgáltatás díja |  |
| TV-internet előfizetés |  |
| Pénzintézeti kölcsön törlesztő részlete |  |
| Egyéb kiadás |  |

|  |
| --- |
| **Nyilatkozat a támogatás indokoltságáról:**  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

**IV. A TEMETÉSSEL KAPCSOLATOS JOGOSULTSÁG FELTÉTELEIRE VONATKOZÓ ADATOK**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Az elhalt személy neve (születési név is) |  | |
| Születési helye, ideje és anyja neve |  |  |
| Haláleset helye és ideje |  | |
| Az eltemettetésről gondoskodó személy hozzátartozói minősége |  | |
| A temetési számla összege |  | |
| **A kérelemhez mellékelni kell:** | **- a temetés költségeiről – a kérelmező nevére – kiállított árajánlatot, vagy a számla e r e d e t i példányát,** | |
|  | **- az elhunyt személy h a l o t t i a n y a k ö n y v i kivonatát.** | |

**V. A SZÜLETÉSSEL KAPCSOLATOS JOGOSULTSÁG FELTÉTELEIRE VONATKOZÓ ADATOK**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Gyermek neve |  | |
| Születési helye, ideje és anyja neve |  |  |
| Melléklet: Születési anyakönyvi kivonat |  |  |

**VI. AZ ELSŐ HÁZASSÁGKÖTÉSSEL KAPCSOLATOS JOGOSULTSÁG FELTÉTELEIRE VONATKOZÓ ADATOK**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Házasságkötés helye |  | |
| Házasságkötés ideje |  |  |
| Melléklet: Házassági anyakönyvi kivonat |  |  |

**VII. ESETI TELEPÜLÉSI GYÓGYSZERTÁMOGATÁSSAL KAPCSOLATOS JOGOSULTSÁG FELTÉTELEIRE VONATKOZÓ ADATOK**

E S E T I GYÓGYSZER- ÉS GYÓGYÁSZATI SEGÉDESZKÖZ HOZZÁJÁRULÁSHOZ

Nyilatkozom, hogy az alábbi gyógyszereket szedem / gyógyászati segédeszközt használom.

*(a megfelelő aláhúzandó)*

**A feltüntetett gyógyszerek árát a gyógyszertár által kiállított számla igazolja, a gyógyszerköltséget igazoló számlát a kérelemhez mellékelni kell.**

Krónikus betegséggel összefüggésben szedett vény nélkül kapható gyógyszerek, akut betegséggel összefüggésben szedett vényköteles gyógyszerek, és ezen betegségekkel kapcsolatosan szedett gyógyszernek nem minősülő gyógyhatású készítmények, táplálék-kiegészítők, vitaminok, gyógyászati segédeszközök.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Gyógyszer  **(gyógyszer neve/havi adag)** | Ft | Gyógyszer  **(gyógyszer neve/havi adag)** | Ft |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Fent nevezett által használt **gyógyászati segédeszköz** megnevezése:………………………………...

A gyógyászati segédeszköz valamint tartozékainak költsége: ……………………………………Ft

**VIII. ELEMI KÁR ELHÁRÍTÁSÁHOZ IGÉNYELT ESETI TELEPÜLÉSI TÁMOGATÁSSAL KAPCSOLATOS JOGOSULTSÁG FELTÉTELEIRE VONATKOZÓ ADATOK**

A kérelmező lakhatását biztosító és elemi kárt szenvedett ingatlan címe: Zalaszentmihály …………………………………………utca ……………………………szám………………………………hrsz.

Nyilatkozom, hogy nekem, és velem közös háztartásban élő családtagoknak nincs fenti ingatlanon kívül egyéb, lakhatást lehetővé tevő ingatlanunk.

Az elemi kár megnevezése és becsült mértéke: ……………………….................................................………Ft

**IX. GYERMEKNEVELÉSI ESETI TELEPÜLÉSI TÁMOGATÁSSAL KAPCSOLATOS JOGOSULTSÁG FELTÉTELEIRE VONATKOZÓ ADATOK**

**A települési gyermeknevelési támogatást**

1. **gyermekem iskoláztatásához (iskolalátogatási igazolást, vagy iskolai felvételről szóló igazolást csatolni kell)**
2. **válsághelyzetben lévő várandós anya vagyok, gyermekem megtartásához (szakorvosi igazolást csatolni kell)**
3. **gyermek fogadásának előkészítéséhez, (gyermek születési anyakönyvi kivonatát csatolni kell)**
4. **nevelésbe vett gyermek kapcsolattartásához (nevelésbe vételről szóló határozatot csatolni kell)**
5. **a gyermek egészségi állapotának fenntartása, megőrzése érdekében jelentkező többletkiadások fedezésére (csatolni kell az egészségügyi intézmény által kiállított hivatalos iratot)**
6. **árvasági támogatás (csatolni kell az árvaságot igazoló dokumentumot)**

kérem megállapítani. (a megfelelő aláhúzandó)

**A kérelem elbírálásához szükséges nyilatkozatok:**

NYILATKOZAT

jövedelemmel, ellátással nem rendelkezőnek

Név: ……………………………………………………………………………………………………

Születési helye, ideje: ………………………………………………………………………..

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

Lakóhelye/tartózkodási helye: ………………………………………………………………………………………

szám alatti lakos anyagi és büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom, hogy munkaviszonyban nem állok, kereső tevékenységet nem folytatok, ellátásban nem részesülök, jövedelemmel nem rendelkezem.

Zalaszentmihály, 20 …………év…………………………hónap……………..nap

……………….……………………………………

aláírás

NYILATKOZAT

alkalmi munkából származó jövedelemről

Név: ……………………………………………………………………………………………………

Születési helye, ideje: ………………………………………………………………………..

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

Lakóhelye/tartózkodási helye: ………………………………………………………………………………………

szám alatti lakos anyagi és büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom, hogy 20..............év……………………………………….hó……………………………….napjától, 20…………………….év………………………………hó……………………………….napjáig terjedő időszakban alkalmi munkából havonta …………………..Ft összegű jövedelmem származott.

Zalaszentmihály, 20….év…………………………..hó………………nap.

…………………………………………………….

aláírás

NYILATKOZAT

egyedülállóságról

Név: ……………………………………………………………………………………………………

Születési helye, ideje: ………………………………………………………………………..

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

Lakóhelye/tartózkodási helye: ………………………………………………………………………………………

szám alatti lakos anyagi és büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom, hogy egyedülálló vagyok, valamint, hogy élettársam nincs.

Zalaszentmihály, 20….év…………………………..hó………………nap.

…………………………………………………….

aláírás

NYILATKOZAT

gyermektartásdíj fizetésből származó jövedelemről

Név: ……………………………………………………………………………………………………

Születési helye, ideje: ……………………………………….............………………………………..

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

Lakóhelye/tartózkodási helye: ………………………………………………………………………………………

szám alatti lakos anyagi és büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom, hogy gyermektartási díjat

\* nem kapok,

\*rendszertelenül kapok ........................Ft-ot,

\*rendszeresen kapok havonta ............................Ft-ot.

(\* megfelelő aláhúzandó)

Zalaszentmihály, 20….év…………………………..hó………………nap.

…………………………………………………….

aláírás

**Alulírott kérem, hogy a fentiekben közölt adatok és a becsatolt igazolások, nyilatkozatok alapján a települési támogatásra való jogosultságomat szíveskedjenek megállapítani.**

**Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a kérelemben közölt adatok a valóságnak megfelelnek. Hozzájárulok, a kérelemben közölt adatoknak a szociális igazgatási eljárásban történő felhasználásához és kezeléséhez.**

**Zalaszentmihály, 20\_\_\_\_\_év \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_hó \_\_\_\_\_\_nap**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**kérelmező aláírás**