



Egyszerűsített kérelem települési támogatás igényléséhez

1. A kérelmező személyre vonatkozó adatok:

- 1.1. Neve:
- 1.2. Születési neve:
- 1.3. Anyja neve:.....
- 1.4. Születési helye, ideje (év, hó, nap):.....
- 1.5. Lakóhely:
- 1.6. Tartózkodási hely:
- 1.7. Társadalombiztosítási Azonosító Jele:.....
- 1.8 Állampolgársága:.....
- 1.9. Telefonszám (nem kötelező megadni):

Folyószámláját vezető pénzüintézet megnevezése és bankszámlaszáma (abban az esetben kell megadni, ha a támogatást bankszámlára kéri):

.....

2. A kérelmező családjában élő közeli hozzátartozók adatai

2.2.1. A kérelmező családjában, a kérelmezővel azonos lakcímen élő közeli hozzátartozók (házastárs, élettárs, gyermek) száma: fő, és havi nettó jövedelme.

	A	B	C	D	E
	Közeli hozzátartozó neve (születési neve)	Születési helye, ideje, anyja neve	Társadalom- biztosítási Azonosító Jele	Családi kapcsolat megnevezése * óvoda/isk. oszt. **	Havi nettó jövedelme
1					
2					



Cím:
7678 Abaliget, Kossuth U. 87.



Telefon:
06 72 598 001,
+36 30 725 95 10



Email:
polgarmester@abaliget.hu
onkormanyzat@abaliget.hu



3					
4					
5					
Kérelmező jövedelme:					

Egy főre jutó havi nettó családi jövedelem:Ft/fő (ügyintéző tölti ki)

* Ebben az oszlopban kell feltüntetni, ha

- a) a 20 évesnél fiatalabb gyermek nem jár oktatási intézménybe, de önálló keresettel még nem rendelkezik,
- b) életkortól függetlenül a gyermek tartós betegségének vagy fogyatékoságának fennállását, amennyiben ez az állapot a gyermek 25. életévének betöltését megelőzően is fennállt.

** Óvoda – és iskolakezdési támogatás kérése esetén kitöltendő

Kérelem indoka:

.....
.....
.....

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a nyilatkozatban közölt adatok a valóságnak megfelelnek, tudomásul veszem, hogy annak valódiságát az önkormányzat ellenőrizheti.



Cím:
7678 Abaliget, Kossuth U. 87.



Telefon:
06 72 598 001,
+36 30 725 95 10



Email:
polgarmester@abaliget.hu
onkormanyzat@abaliget.hu



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

Abaliget,..... év hó nap

.....
kérelmező aláírása

Hozzájárulok, hogy a téli családtámogatás (név) kérelmező családtag részére kerüljön megállapításra.

.....
.....
.....

nagykorú családtagok aláírása

Közeli hozzátartozó:

- a házastárs, az élettárs,
- a húszévesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező; a huszonhárom évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, nappali oktatás munkarendje szerint tanulmányokat folytató; a huszonöt évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, felsőoktatási intézmény nappali tagozatán tanulmányokat folytató vér szerinti gyermek, örökbe fogadott gyermek, mostohagyermek és a Ptk. szerinti gyermekvédelmi nevelőszülő által e jogviszonya keretében nevelt gyermek kivételével a nevelt gyermek (a továbbiakban: nevelt gyermek),
- korhatárra való tekintet nélkül a tartósan beteg, az autista, illetve a testi, érzékszervi, értelmi vagy beszéd fogyatékos vér szerinti, örökbe fogadott, mostoha-, illetve nevelt gyermek, amennyiben ez az állapot a gyermek 25. életévének betöltését megelőzően is fennállt (a továbbiakban: fogyatékos gyermek).



Cím:
7678 Abaliget, Kossuth U. 87.



Telefon:
06 72 598 001,
+36 30 725 95 10



Email:
polgarmester@abaliget.hu
onkormanyzat@abaliget.hu