

1. számú melléklet az 2/2015.(II. 27.) önkormányzati rendelethez

A hivatal részéről történő átvétel ideje:.....

Átvevő aláírása:..... Érintett Önkormányzat neve: Esztergályhorváti

Zalaapáti Közös Önkormányzati Hivatal

KÉRELEM

rendkívüli települési támogatás megállapításához

- | | | |
|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rendkívüli támogatás eseti | <input type="checkbox"/> Tüzelő vásárlás | <input type="checkbox"/> Köztemetés |
| <input type="checkbox"/> Hozzá tartozó eltemetése | <input type="checkbox"/> Születési támogatás | |
| <input type="checkbox"/> Gyógyszertámogatás | <input type="checkbox"/> Lakhatáshoz kapcsolódó támogatás | |
| <input type="checkbox"/> Hozzá tartozó ápolása | <input type="checkbox"/> Beiskolázási támogatás | |
| <input type="checkbox"/> Közüemi díjtartozás miatti támogatás | | |

(Kérjük a fentiek közül X-el vagy + -el megjelölni a választ.)

I. Az igénylő adatai:

1./ Kérelmező neve /születési név is / _____

/Nyomtatott betűkkel kérjük kitölteni!/

Társadalombiztosítási Azonosító Jel /TAJ szám/: _____

Születési helye: _____ Anyja neve: _____

Születési idő: _____ év _____ hónap _____ nap

Nyugdíjas esetén nyugdíjas igazolvány törzsszáma: _____

2./ **Állampolgársága** : magyar

bevándorlási, letelepedési engedéllyel rendelkező

hontalan, menekültként vagy oltalmazottként elismert

Státuszt elismerő határozat száma: _____/20 _____

(a megfelelő rész aláhúzendó)

3./ Családi állapota:

egyedülálló (hajadon, nőtlen)

házastársával/élettársával/bejegyzett élettársával lakik együtt

házastársától külön élő

elvált

özvegy

(a megfelelő rész aláhúzendó)

4./ Lakóhely: _____ helység

_____ utca _____ sz. _____ em. _____ ajtó

Tartózkodási hely: _____ helység

_____ utca _____ sz. _____ em. _____ ajtó

Értesítési és utalási cím: _____ helység

_____ utca _____ sz. _____

5./ Az önkormányzati segély kérésének oka, indokai:

6./ 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 elhunytal 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 mellékletek tartalma szerinti adatok a valóságnak megfelelnek.

Esztergályhorváti, 201.....

Kérelmező aláírás

Kijelentem, hogy életvitelszerűen lakóhelyemen vagy tartózkodási helyemen élek (a megfelelő rész aláhúzendó).

A kérelem benyújtásának időpontjában az önkormányzati segélyt kérővel közös háztartásban élő közeli hozzátartozók, a kérelmező családjában lakók adatai:

Név	Születési hely, idő	Anyja neve	Rokoni fok (pl.gyermek, nagyszülő) <hr/> TAJ szám
			<hr/>
			<hr/>
			<hr/>
			<hr/>
			<hr/>
			<hr/>
			<hr/>
			<hr/>
			<hr/>
			<hr/>

II.

VAGYONNYILATKOZAT

I. A kérelmező személyi adatai

Név (Születési név): _____

Születési hely,

idő: _____

TAJ szám.....

II. A kérelmező és a vele együtt-élő 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. 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

III. 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 céljából kezelje.

Esztergályhorváti, 201_____

.....

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 hónap átlagát,
- egyéb jövedelmeknél a kérelem benyújtását megelőző 12 hónap átlagkeresetét (pl. adóbevallás) kell figyelembe venni.

III.

IGAZOLÁS

a biztosított havi társadalombiztosítási támogatásba befogadott gyógyszerköltéséről

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

Igazolom, hogy (név)

szül.hely: szül. idő:.....

anyja neve:

TAJ száma:

szám alatti lakos részére az alábbi gyógyszerek rendszeres szedése szükséges:

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

Gyógyszer (hatóanyag neve/havi adag) (háziorvos, szakorvos tölti ki)	Ft/hó (gyógyszertár tölti ki)	Gyógyszer (hatóanyag 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.

Esztergályhorváti, 201 év _____ hónap _____ nap

P.H.

Gyógyszertár aláírása, pecsétje
pecsétszáma

házi/szakorvos aláírása,

IV.

Hozzá tartozó ápolásához kapcsolódó települési támogatás esetén kell kitölteni

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 aláhúzendó);

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

Rokoni kapcsolat megnevezése:.....

Nyilatkozom, hogy más szervtől ápolási díjban nem részesülök.

Esztergályhorváti, 201 év _____ hónap _____ nap

.....

Kérelmező

a megfelelő választ jelölni kell X vagy + jellel

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 szak-főorvos 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.

Esztergályhorváti, 201 év hó nap

.....

házi orvos aláírása