

KÉRELEM

4.számú melléklet

Települési támogatás megállapításhoz

Kérelmező neve:.....

Kérelmező születési neve:.....

Anyja neve:.....

Születési helye, ideje (év, hó, nap):.....

Lakóhely:.....

Tartózkodási hely:.....

Társadalom biztosítási Azonosító Jele: ____ - ____ - ____

Kérelmezett támogatás fajta (aláhúzendő):

- a) eseti gyógyszerkiadás mérséklésére
- b) családban nevelkedő gyermek(ek) re tekintettel a család létfenntartását veszélyeztető élethelyzetbe kerülése okán
- c) átmeneti nehéz anyagi helyzetre tekintettel a család kiadásainak mérséklésére,
- d) átmeneti krízishelyzet esetén
- e) elhunyt személy eltemettetésének költségeihez való hozzájárulásként,

f)babavárárcsomag.

A kérelmezővel egy családban élő közeli hozzátartozók adatai:

Név	Szül.hely, idő	Anyja neve	Rokoni kapcsolat	TAJ szám

Alulírott Kérelmező büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a kérelmezett támogatásfajtára előírt jogosultsági feltételeknek megfelelek és a családban az egy főre jutó havi jövedelem összege nem haladja meg az szociális vetítési alap mindenkori összegének 2500%-át. Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem továbbá, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek. Alulírott hozzájárulok, hogy személyi adataimat, illetve a háztartásomban élők adatait a jogosultság megállapítása és teljesítése céljából felhasználják.

Süttő, évhó.....nap

Kérelmező