1. *melléklet a 11/2021.(VIII.12.) önkormányzati rendelethez*

**KÉRELEM**

**RENDSZERES TELEPÜLÉSI TÁMOGATÁS MEGÁLLAPÍTÁSÁHOZ**

**I. Személyes adatok:**

**Az ellátást igénylő neve**: …………………………………………………………………………………………………

**születési neve**: ……………………..……**anyja neve**…………..……………………………

**szül. hely**, : …………………….……… **szül idő**…………………………………………….

**családi állapota**: ………………………………**TAJ száma**…………….………………..…. **Állampolgársága:** …… …………… **Bankszámlaszáma:** …………………………………

**Lakóhely**: …..………..ir.sz. ……………………….település……….…………………… utca …….. szám

**Tartózkodási helye**: ………………ir.sz.…………….…….település…………………………… utca …….. szám

**Telefonszáma** (nem kötelező megadni):……………………………………………………

**E-mail címe:** (nem kötelező megadni): ……………………………………………………

***A személyi adatait a kérelme beadásakor a személyi okmányaival (személyi igazolvány, lakcímkártya, TAJ kártya) igazolnia kell!***

 egyedül álló

 egyedülélő

 nem egyedül élő

Az igénylő családjában élő közeli hozzátartozók száma: …………. fő / az igénylő kivételével

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **NÉV** | **Szül. hely, szül idő** | **Anyja neve** | **TAJ száma** | **Rokonsági fok** |
| 1.) |  |  |  |  |  |
| 2.) |  |  |  |  |  |
| 3.) |  |  |  |  |  |
| 4.) |  |  |  |  |  |
| 5.) |  |  |  |  |  |
| 6.) |  |  |  |  |  |
| 7.) |  |  |  |  |  |
| 8.) |  |  |  |  |  |

***Közeli hozzátartozó:***

*a)*a házastárs, az élettárs,

*b)*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),

*c)*korhatárra való tekintet nélkül a tartósan beteg, az autista, illetve a testi, érzékszervi, értelmi vagy beszédfogyatékos vér szerinti, örökbe fogadott, mostoha-, illetve nevelt gyermek, amennyiben ez az állapot a gyermek 25. életévének betöltését megelőzően is fennállt (a továbbiakban: fogyatékos gyermek),

*d)*a 18. életévét be nem töltött gyermek vonatkozásában a vér szerinti és az örökbe fogadó szülő, a szülő házastársa vagy élettársa, valamint a *b)*vagy *c)*pontban meghatározott feltételeknek megfelelő testvér.

**Kérem, hogy részemre települési támogatást szíveskedjenek megállapítani.**

**II. Jövedelmi adatok**

A kérelmező, valamint a vele közös háztartásban élő személyeknek a havi jövedelme forintban:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | A. | B. | C. | D. | | | |
|  | A jövedelem típusa | Kérelmező | Házastársa  (élettársa) | Gyermekei | | | |
| 1. | Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó  ebből: közfoglalkoztatásból származó |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Táppénz, gyermekgondozási támogatások |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Egyéb jövedelem |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Összes jövedelem |  |  |  |  |  |  |

Egy főre jutó havi családi nettó jövedelem (ügyintéző tölti ki!): ........................ Ft/hó.

|  |
| --- |
| Felelősségem tudatában kijelentem, hogy |
| - életvitelszerűen a lakóhelyemen vagy a tartózkodási helyemen élek\* (a megfelelő rész aláhúzandó), |
| - a közölt adatok a valóságnak megfelelnek. |
| Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt jövedelmi adatok valódiságát a szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 10. §-ának (7) bekezdése alapján a szociális hatáskört gyakorló szerv - a NAV hatáskörrel és illetékességgel rendelkező adóigazgatósága útján - ellenőrizheti. |
| Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához. |

Balatonszárszó, ……….év ………………….. hó …….. nap

……………………………………

aláírás

**„A” Adatlap: Lakásfenntartási települési támogatás igénylésekor**

Lakásviszonyok

|  |
| --- |
| A támogatással érintett lakás nagysága: .............. m2 |
| A lakásban tartózkodás jogcíme: ........................................................................................................ |

Nyilatkozatok

|  |
| --- |
| 1. A kérelemmel érintett lakásba előrefizetős gáz- vagy áramszolgáltatást mérő készülék került-e felszerelésre: |
| igen - nem (a megfelelő rész aláhúzandó) |
| Amennyiben igen, kérjük nevezze meg a szolgáltatót: .................................................... |
| {Azon személy részére, akinél készülék működik, a lakásfenntartási támogatást részben vagy egészben a készülék működtetését lehetővé tevő eszköz (kódhordozó) formájában kell nyújtani, ideértve a készülék feltöltésének elektronikus úton, a fogyasztó javára történő teljesítését is [63/2006. (III. 27.) Korm. rend. 22. § (1) bekezdés]} |
| 2. A lakhatást a legnagyobb mértékben veszélyeztető lakásfenntartási kiadás(ok): |
| ..........................................................................................................………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

***Kötelezően csatolandó melléklet:***

* közüzemi számlalevél fénymásolata
* fűtéshez kapcsolódó számla fénymásolata
* vagyonnyilatkozat

**„B” Adatlap: Gyógyszer kiadásokhoz települési támogatás igénylésekor**

* Krónikus betegségre való tekintettel rendszeres gyógyszertámogatás megállapítását

 kérem

 nem kérem

***Kötelezően csatolandó melléklet:***

* közgyógyellátási igazolványra való jogosultságot elutasító határozat
* háziorvos igazolása
* gyógyszerköltség igazolása (gyógyszertár által)

**„C” Adatlap: Ápolási támogatás**

***Jogosultsági feltételekre vonatkozó adatok***

Az ápolási díj megállapítását arra való tekintettel kérem, hogy az ápolt személy 18. életévét betöltött tartósan beteg.

1. Kijelentem, hogy

– keresőtevékenységet:

 nem folytatok

 napi 4 órában folytatok

 otthonomban folytatok

– nappali tagozaton tanulói, hallgatói jogviszonyban nem állok

– rendszeres pénzellátásban

 részesülök és annak havi összege: .....................

 nem részesülök

– az ápolási tevékenységet:

 a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen

 az ápolt személy lakóhelyén/tartózkodási helyén

végzem.

– életvitelszerűen a lakóhelyemen vagy tartózkodási helyemen élek (a megfelelő rész aláhúzandó)

*b)* Az ápolt személy:

 közoktatási intézmény tanulója,

 óvodai nevelésben részesül,

 nappali szociális intézményi ellátásban részesül,

 felsőoktatási intézmény hallgatója.

*II. Az ápolt személyre vonatkozó adatok*

*1.* *Személyes adatok*

Neve: ………………………………………………………………………………….

Születési neve: ………………………………………………………………………..

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

Születési hely, év, hó, nap:   ………………………………………………………….

Lakóhely:     …………………………………………………………………………..

Tartózkodási hely:    ………………………………………………………………….

Ha az ápolt személy nem cselekvőképes, a törvényes képviselő neve:  ………………………………………………………………………..

A törvényes képviselő lakcíme: …………………………………………………………………………

*2.* *Jogosultsági feltételekre vonatkozó nyilatkozat*

 Egyetértek azzal, hogy az otthoni ápolásomat, gondozásomat az ápolási díjat kérelmező hozzátartozóm végezze.

Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához.

Dátum: ......................................................................

*....................................................... ...................................................*

    az ápolást végző személy aláírása     az ápolt személy vagy törvényes képviselője aláírása

**IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY**

**az ápolási díj megállapításához/kötelező felülvizsgálatához**

*(Az ápolt személy háziorvosa tölti ki.)*

I. Igazolom, hogy

Neve: …………………………………………………………………………………..

Születési neve: …………………………………………………………………………

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

Születési hely, év, hó, nap:   …………………………………………………………..

Lakóhely:     ……………………………………………………………………………

Tartózkodási hely:    …………………………………………………………………..

Ha az ápolt személy nem cselekvőképes, a törvényes képviselő neve:  …………………………………………………………………………

A törvényes képviselő lakcíme: …………………………………………………………………………

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:   ……………………………………………….

**□ Súlyosan fogyatékos**

súlyos fogyatékosságának 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 Bizottság .................... számú szakvéleménye alapján állítottam ki.

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

 3 hónapnál hosszabb, vagy

 3 hónapnál rövidebb.

Dátum: ............................................................

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

háziorvos aláírása

munkahelyének címe

P. H.