

KÉRELEM

települési támogatás megállapításához

A kérelmet kérjük nyomtatott nagybetűkkel, olvashatóan kitölteni!

I. A kérelmező személyi adatai:

Neve:

Születési neve:.....

Anyja neve:

Születési hely, év, hó, nap:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

TAJ-száma:

Adóazonosító jele:

Telefonszám:

Az ellátást az alábbi személy(ek)re kéri:

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

Az egy háztartásban élő közeli hozzátartozók adatai:

Név	Születési hely, idő	Hozzá tartozói minősége, TAJ

Az igényelt támogatás és annak indoklása:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

II. Jövedelmi adatok

Jövedelem típusa		Kérelmező esetében	A kérelmezővel közös háztartásban élő személyek esetében				
			1.	2.	3.	4.	5.
1.	Munkaviszonyból és más foglalkoztatási viszonyból származó jövedelem, táppénz						
2.	Vállalkozásból, őstermelői ill. szellemi és más önálló tevékenységből származó jövedelem						
3.	GYED, GYES, gyermektartásdíj, családi pótlék, gyermeknevelési támogatás						
4.	Nyugdíj és egyéb nyugellátás szerű rendszeres szociális ellátások						
5.	Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások						
6.	Egyéb jövedelem (bérleti, haszonbérleti díj stb.)						
7.	Összes jövedelem						

III. Nyilatkozatok

Büntetőjogi és anyagi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek.

Tudomásul veszem, hogy a közölt adatok valódiságát a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 10.§ (7) bekezdése alapján a szociális hatáskört gyakorló szerv – az állami adóhatóság illetékes igazgatósága útján – ellenőrizheti.

Tudomásul veszem, hogy a jogtalanul igénybe vett ellátást vissza kell térítenem.

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

Kelt:

.....

kérelmező aláírása

A hatóság tölti ki.

Ügyiratszám:/2015.

Tájékoztatom, hogy a vagyonyilatkozatban szereplő adatokat hatóságom a lakhatási támogatás iránti kérelem elbírálásához használja fel.

Tájékoztatom továbbá, hogy hatóságom a vagyonyilatkozatot Simontornya Város Polgármesteri Hivatala Közgazdasági osztályához adategyeztetés céljából továbbítja.

A vagyonyilatkozatot kérjük nyomtatott nagybetűkkel, olvashatóan kitölteni!

VAGYONYILATKOZAT

I. A kérelmező személyi adatai:

Neve:

Születési neve:.....

Anyja neve:

Születési hely, év, hó, nap:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

II. Kérelmező háztartásában élők személyi adatai:

	A	B	C
	Név (születési név)	Születési helye, ideje (év, hó, nap)	Anyja neve
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

III. Tulajdonjog hiányában az ott lakás jogcíme: (bérlet, albérlet, stb.)

IV. A kérelmező, valamint vele közös háztartásában élő személyek tulajdonában lévő ingatlanok:

Ingatlan megnevezése*	Tulajdonos neve, születési hely, idő anyja neve	Tulajdoni hányad	Cím és helyrajzi szám	A szerzés éve és jogcíme	A tulajdoni hányad becsült forgalmi értéke**

*Családi ház, lakás, üdülő, telek, zártkert, műhely, üzlet, műterem, rendelő, garázs, termőföld, szántó, erdő, tanya, egyéb. A forgalmi értékbe beleszámítandó a megadott helyrajzi számon fennálló építmények értéke is.

**Becsült forgalmi értéként az ingatliannak a településen szokásos forgalmi értékét kell feltüntetni.

V. A kérelmező, valamint a vele közös háztartásában élő személyek tulajdonában lévő gépjárművek, ipari, mezőgazdasági gépek adatai:

Gyártmány	Típus	Jelleg*	Rendszám	Gyártási év	Szerzési év	Hasznosítás**	Becsült forgalmi érték***

* Személygépjármű, tehergépjármű, motorkerékpár, egyéb.

** Hasznosítás: vállalkozásban vagy magáncélra.

***Becsült forgalmi értéként a jármű kora és állapota szerinti értékét kell feltüntetni.

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy az általam szolgáltatott adatok a valóságnak megfelelnek. A vagyonyilatkozatban szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárásban történő felhasználásához, kezeléséhez és az adatok Közgazdasági Osztályhoz történő továbbításához hozzájárulok.

Kelt: év hó nap

.....
kérelmező aláírása

Tájékoztató a háziorvosi igazolás és szakvélemény kitöltéséhez

Simontornya Város Önkormányzata Képviselő-testületének szülő
...../2015.(.....) önkormányzati rendeletebekezdése szerint az ápolási támogatásra
való jogosultság szempontjából:

Tartósan beteg: az a 18. életévét betöltött személy, aki

a) *betegsége miatt ápolásra szorul, és mások segítségével önállóan nem képes*

aa) étkezni,

ab) tisztálkodni,

ac) öltözködni,

ad) illemhelyet használni,

ae) lakását elhagyni,

feltéve, hogy esetében az aa)-ae) pontokban foglaltak közül legalább kettő egyidejűleg
fennáll, vagy

b) *olyan betegségben szenved, ami miatt napi életviteléhez állandó és tartós felügyeletre
szorul,*

és az a) vagy b) pont szerinti állapot 3 hónapnál hosszabb időtartamban fennáll.

A megfelelő választ X-szel kell jelölni, illetve a hiányzó adatot kérem olvashatóan kitölteni.

IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY

az ápolási támogatás megállapításához/ kötelező felülvizsgálatához

(Az ápolat személy háziorvosa tölti ki.)

I. Az ápolat személy adatai

Neve:

Születési neve:.....

Anyja neve:

Születési hely, év, hó, nap:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

II. Igazolom, hogy nevezett személy

tartósan beteg

nem tartósan beteg

A fenti igazolást nevezett részére

.....
.....

alapján állítottam ki.

(Az igazolás kiállításához a felhasznált hivatalos irat pontos megnevezése, kelte szükséges.)

III. A háziorvos megállapítása

Az ápoló személy mások személyes segítsége nélkül önállóan:

a) étkezni

képes

nem képes

b) tisztálkodni

képes

nem képes

c) öltözködni

képes

nem képes

d) illemhelyet használni

képes

nem képes

e) lakását elhagyni

képes

nem képes

IV. Szakvélemény

Szakvéleményem szerint fent nevezett személy

A) **Ápolásra szorui**

Indoklás:

.....
.....

B) **Állandó és tartós felügyeletre szorui**

Indoklás:

.....
.....

Szakvéleményem szerint az A) vagy B)* pont szerinti állapot

3 hónapnál hosszabb

3 hónapnál rövidebb

időtartamban fennáll. (* a megfelelő rész aláhúzendó)

Dátum:

P.H.

.....
házi orvos aláírása