



3. melléklet az 2/2015.(II.10) önkormányzati rendelethez

KÉRELEM
Települési támogatás megállapításához

Kérelmező neve:.....
Kérelmező születési neve:.....
Anyja neve:.....
Születési helye, ideje (év, hó, nap):.....
Lakóhely:.....
Tartózkodási hely:.....
Társadalom biztosítási Azonosító Jele: _ _ _ - _ _ _ - _ _ _ _
Adószáma:

Kérelmezett támogatás fajta (aláhúzendő) :

- a) rendkívüli települési támogatás
- b) temetési támogatás
- c) lakhatás költségeinek támogatása
- d) szociális célú tűzifa támogatás
- e) gyógyszer-támogatás

Kérelem indoka:

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

Amennyiben temetés miatt igényli a támogatást,
Az eltemetett hozzátartozó neve:.....
Rokoni kapcsolat:.....
A haláleset ideje:.....
A temetés költségei:.....
A kérelmező havi jövedelme:..... Ft/hó

A kérelmezővel egy háztartásban élők adatai:

Név:	Szül. idő:	Rokoni kapcsolat:	Foglalkozás:	Havi jövedelem:	TAJ SZÁM:

Egyéb jövedelmek:
Gyermektartásdíj:.....Ft
Családi pótlék:.....Ft
Önkormányzati egyéb rendszeres támogatás:.....Ft



LEÁNYVÁR KÖZSÉG ÖNKORMÁNYZATA

2518 Leányvár Erzsébet utca 88.

Tel: (33) 509-930, Fax: (33) 509-931, Mobil: (30) 698-1455

www.leanyvar.hu

hivatal@leanyvar.hu

Együtt élők összes jövedelme:.....Ft (ügyintéző tölti ki)
Egy főre jutó jövedelem:.....Ft(ügyintéző tölti ki)

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek és tudomásul veszem, hogy azok valódisága a szociális igazgatóságról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. tv alapján a NAV-nál ellenőrizhető.

Alulírott hozzájárulok, hogy személyi adataimat, illetve a háztartásomban élők adatait a jogosultság megállapítása és teljesítése céljából felhasználják.

Dátum: Leányvár , 2015.....hó.....nap.

.....
Kérelmező

A kérelemhez mellékelni kell a család jövedelmeiről szóló összes igazolást, az eredeti temetési számlát, kórházi kezeléssel szembeni igazolást, tartós táppénz esetén orvosi igazolást, háziorvos által kimutatott, patika által beárazott gyógyszerköltséget.