**Bátaszéki Közös Önkormányzati hivatal**

**Hatósági Iroda**

7140 Bátaszék, Szabadság u.4.; Pf.:5.

Tel.:74/591-502; e-mail: szociroda@bataszekph.hu

**K É R E L E M**

**Települési támogatás: gyógyszerkiadások viseléséhez nyújtott települési támogatás**

*I. A kérelmező személyes adatai*

Név: ……………………………………………………………………………………………

Születési név: ………………………………………………………………………………….

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

Születési hely, idő: ……………………………………………………………………………..

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

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

**T**ársadalombiztosítási **A**zonosító **J**ele: …………………………………………….....………..

Telefonszám (nem kötelező megadni): …………………………………………………..……………..

*II. A közeli hozzátartozókra és jövedelmükre vonatkozó adatok*

a)    A kérelmező családi körülménye:

 egyedülélő

 nem egyedül élő

b)    A kérelmező családjában élő közeli hozzátartozók adatai:

A kérelmező családjában élő közeli hozzátartozók száma: ......... fő.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Közeli hozzátartozó neve (születési neve) | Családi kapcsolat megnevezése | Születési helye, év, hónap, nap | TAJ száma |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |

\* Ebben az oszlopban kell feltüntetni, ha

* a 20 évesnél fiatalabb gyermek nem jár oktatási intézménybe, de önálló keresettel még nem rendelkezik,
* életkortól függetlenül a gyermek tartós betegségének vagy fogyatékosságának fennállását, amennyiben ez az állapot a gyermek 25. életévének betöltését megelőzően is fennállt.

c)     Jövedelmi adatok:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A jövedelem típusa | Kérelmező | A családban élő közeli hozzátartozók |
| 1. Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból 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 és munkaügyi szervek által folyósított ellátások |   |   |   |   |   |   |
| 6. Egyéb jövedelem |   |   |   |   |   |   |
| 7. Összes jövedelem |   |   |   |   |   |   |

 Kijelentem, hogy

* \*életvitelszerűen a lakóhelyemen vagy a tartózkodási helyemen élek (a megfelelő rész aláhúzandó),
* a közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

\*Ezt a nyilatkozatot csak abban az esetben kell megtenni, ha bejelentett lakó- és tartózkodási hellyel is rendelkezik.

Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt adatok valódiságát a szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 10. § (7) bekezdése alapján a szociális hatáskört gyakorló szerv – a NAV hatáskörrel és illetékességgel rendelkező adóigazgatósága útján – ellenőrizheti.

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

Kedvező elbírálás esetén a fellebbezési jogomról lemondok.

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | .......................................................................... | .......................................................................... |
|   | kérelmező aláírása | kérelmező házastársának/élettársának |
|  |   | aláírása |

Igazolom, hogy fent nevezett kérelmező közgyógyellátásban nem részesül.

Dátum: ph. ..……………..……………………

 Szekszárdi Járási Hivatal

 aláírás