

BÁTASZÉKI KÖZÖS ÖNKORMÁNYZATI HIVATAL

Hatósági Iroda

7140 Bátaszék, Szabadság u.4.; Pf.:5.

Tel.:74/591-502; e-mail: szocialis@bata szekph.hu

K É R E L E M

védőoltási programban való részvételre

I. A kérelmező személyes adatai

Név:

Születési név:

Anyja neve:

Születési hely, év, hó, nap:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Telefonszám :

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						

A kérelem kötelező melléklete a Szülői beleegyező nyilatkozat, valamint a jövedelem igazolások.

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 valóságát 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

Szülői beleegyező nyilatkozat

Alulírott (szülő neve)
Bátaszék, szám alatti lakos,
mint

..... (gyermek neve)

..... (szül. idő)

..... (lakcím)

szülője (törvényes képviselője) tanúsítom, hogy a **ROTAVÍRUS** elleni oltóanyaggal történő védőoltásról szóló felvilágosítást megértettem és tudomásul vettem. Kijelentem, és elismerem, hogy a védőoltás felhasználására vonatkozó betegtájékoztatót a jelen nyilatkozatom aláírása előtt megismertem, az abban foglaltakat tudomásul vettem. Mindezen felvilágosítások és információk alapján kérem, és hozzájárulok ahhoz, hogy a védőoltást a gyermekem részére beadják.

Bátaszék, 20.... ..

.....

törvényes képviselő

.....

törvényes képviselő

Szülői beleegyező nyilatkozat

Alulírott (szülő neve)
Bátaszék, szám alatti lakos,
mint

..... (gyermek neve)

..... (szül. idő)

..... (lakcím)

szülője (törvényes képviselője) tanúsítom, hogy az **AGYHÁRTYAGYULLADÁS (MENINGOCOCCUS B TÖRZS)** elleni oltóanyaggal történő védőoltásról szóló felvilágosítást megértettem és tudomásul vettem. Kijelentem, és elismerem, hogy a védőoltás felhasználására vonatkozó betegtájékoztatót a jelen nyilatkozatom aláírása előtt megismertem, az abban foglaltakat tudomásul vettem. Mindezen felvilágosítások és információk alapján kérem, és hozzájárulok ahhoz, hogy a védőoltást a gyermekem részére beadják.

Bátaszék, 20.... ..

.....

törvényes képviselő

.....

törvényes képviselő