Dombóvári Közös Önkormányzati Hivatal
Ügyfélszolgálata

 7200 Dombóvár, Szabadság u. 18.

Kérelem települési támogatásként Egészségügyi prevenciót és rehabilitációt
szolgáló gyógyúszás költségeinek támogatása iránt

I. Személyi adatok

1. A kérelmező/jogosult személyére vonatkozó adatok:

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési hely, év, hó, nap:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

TAJ-szám:

Telefon (nem kötelező megadni):

**1.2** A kérelmező idegenrendészeti státusza (nem magyar állampolgárság esetén):

1. □ szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező, vagy
2. □ EU kék kártyával rendelkező, vagy
3. □ bevándorolt/letelepedett, vagy
4. □ menekült/oltalmazott/hontalan.

1.3. Kérelmezővel közös háztartásában (azonos lakcímen) élők száma: Fő

1.4. Kérelmező háztartásában élők személyi adatai:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | A | B | C | D |
|  | Név(születési név) | Születési helye, ideje (év, hó, nap) | Anyja neve | TársadalombiztosításiAzonosítóJele |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | A. | B. | C. |
| A jövedelem típusa | Kérelmező | A kérelmezővel közös háztartásban élő további személyek |
| 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 |  |  |  |  |  |  |

A háztartásban az egy főre jutó havi jövedelem: Ft.

Jogosult az,

* akinek a gyermeke szakorvos által kiállított szakvélemény alapján gyógyúszásra jogosult, és
* aki vállalja, hogy gyermeke részt vesz az oktató által szervezett gyógyúszásokon, és
* aki tudomásul veszi, hogy amennyiben a gyermeke havonta 3 alkalomnál többször hiányzik, a támogatásra nem jogosult, és
* aki vállalja, hogy a gyermek távollétének okát orvos vagy szülő által kiállított igazolással alátámasztja, valamint
* családjában az egy főre jutó jövedelem nem haladja meg a szociális vetítési alap összegének 400%-át (114.000,-Ft), egyedülállóként nem haladja meg a szociális vetítési alap összegének 500%-át (142.500,- Ft).

Kérelmemhez mellékletként csatolom:

* gyermek részére a szakorvos által kiállított szakvéleményt,
* a saját, valamint a velem közös háztartásban élő személyek tekintetében a jövedelemnyilatkozatot/jövedelemigazolást a rendszeresen mérhető jövedelmeknél a kérelem benyújtását megelőző hónap nettó jövedelméről, egyéb jövedelmeknél pedig a kérelem benyújtását megelőző 12 hónap egyhavi átlag jövedelméről,
* 16. életévet betöltött gyermek esetén iskolalátogatási igazolást.

Vállalom, hogy gyermekem részt vesz az oktató által szervezett gyógyúszásokon. Vállalom,

hogy a gyermek távollétének okát orvos vagy szülő által kiállított igazolással alátámasztom.

Tudomásul veszem, hogy amennyiben a gyermekem havonta 3 alkalomnál többször hiányzik, a támogatásra nem leszek jogosult.

Nyilatkozom arról, hogy életvitelszerűen a kérelemben érintett ingatlanban élek.

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

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 az állami adóhatóság útján ellenőrizheti.

Hozzájárulok a kérelemben közölt adatoknak a szociális igazgatási eljárásban történő felhasználásához, kezeléséhez.

Kérem, hogy a benyújtott kérelemmel kapcsolatban a kapcsolattartás papír alapon történjen.

Nyilatkozom, hogy a kérelemben foglaltaknak mindenben helyt adó határozat esetére a fellebbezési jogomról lemondok.

Dátum: , év hó nap

 ……………………..……….

 kérelmező aláírása

|  |  |
| --- | --- |
| **A kérelemhez kötelező csatolni:** | **Ügyintéző tölti ki:****csatolta** |
| **igen** | **nem** |
| 1. jövedelem-igazolást
 |  |  |
| 1. szakorvosi/háziorvosi szakvéleményt
 |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Csatolt iratok száma összesen:** | **db** |