

IPT	Sárvári Közös Önkormányzati Hivatal Hatósági Iroda cím: 9601 Sárvár, Pf. 78. telefon: 95/523106, 523129, 523133		
	Időskorúak pénzbeli támogatásának megállapítása iránti kérelem		
az ügyintéző főlti ki!	_____		Beérkezés _____
	az átvevő aláírása		Postára adás _____
(A)	I. A kérelmezőre vonatkozó adatok		
	Alulírott		
	kérelmező családi és utóneve: _____ TAJ: _____		
	születési neve : _____ születési helye: _____ város/község, születési ideje: _____		
	anyja neve: _____ lakóhelye: _____ város/község		
	_____ közter. neve _____ közter. jellege ___ hsz./hrsz. ___ép. ___lph. ___em. ___ajtó		
	tartózkodási helye: _____ város/község		
	_____ közter. neve _____ közter. jellege ___ hsz./hrsz. ___ép. ___lph. ___em. ___ajtó		
	Életvitelszerűen <input type="checkbox"/> a lakóhelyemen élek. <input type="checkbox"/> a tartózkodási helyemen élek.		
(B)	kérem		
	_____ Ft összegű időskorúak pénzbeli támogatásának a megállapítását.		
(C)	A támogatást _____ (név) részére		
	<input type="checkbox"/> Az (A) rovatban feltüntetett lakóhelyre <input type="checkbox"/> Az (A) rovatban feltüntetett tartózkodási helyre postai kifizetéssel <input type="checkbox"/> fizetési számlaszámra átutalással kérem folyósítani.		
(D)	A kérelmező családjának tagjaira vonatkozó adatok (a nem kitöltött rovatokat szíveskedjen kihúzással jelölni)		
	Rokonsági fok*	Név	Születési hely, idő
	a kérelmező		
	a kérelmező házastársa/élettársa		
	18 évesnél fiatalabb gyermek(ek)		
	20 évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező gyermek(ek)		
	23 évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, nappali oktatás munkarendje szerint tanulmányokat folytató gyermek(ek)		
	25 évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, felsőoktatási intézmény nappali tagozatán tanulmányokat folytató gyermek(ek)		
	Fogyatékos vér szerinti, örökbe fogadott, illetve nevelt gyermek(ek) **		
	* A család tagjaiként kell feltüntetni az egy lakásban együtt lakó, ott bejelentett lakó- vagy tartózkodási hellyel rendelkező közeli hozzátartozókat (házastárs, élettárs, gyermekek).		
	** Fogyatékos gyermekként kell figyelembe venni korhatárra való tekintet nélkül a tartósan beteg, az autista, illetve a testi, érzékszervi, értelmi vagy beszéd fogyatékos gyermeket, amennyiben ez az állapota a 25. életévének betöltését megelőzően is fennállt.		

Jövedelemnyilatkozat (a nem kitöltött rovatokat szíveskedjen kihúzással jelölni)						
	A jövedelem típusa	Kérelmező	Házastárs, élettárs	Gyermekek		
				NEVE ÉS HAVI JÖVEDELME (Ft)		
(E)	Havi rendszerességgel járó jövedelem esetén a kérelem benyújtását megelőző hónap jövedelme (pl. munkabér, családi pótlék, gyermekgondozási támogatás, nyugdíj vagy nyugdíjszerű ellátások, rendszeres szociális ellátások)					
	Nem havi rendszerességgel szerzett jövedelem esetén a kérelem benyújtásának hónapját közvetlenül megelőző 12 hónap alatt szerzett jövedelem egyhavi átlaga					
	Vállalkozásból származó jövedelem esetén a kérelem benyújtásának hónapját közvetlenül megelőző 12 hónap alatt szerzett jövedelem egyhavi átlaga					
	ÖSSZES JÖVEDELEM					
(F)	<p>A kérelem (D) rovatban feltüntetett</p> <p>_____ nagykorú személy(ek) nyilatkozom/nyilatkozunk, hogy az (E) rovatban feltüntetett jövedelmen kívül más, az Szt. 10. § (2) bekezdése szerinti jövedelemmel nem rendelkezem/rendelkezünk.</p> <p>_____ a kérelmező nagykorú közeli hozzátartozójának aláírása _____ a kérelmező nagykorú közeli hozzátartozójának aláírása _____ a kérelmező nagykorú közeli hozzátartozójának aláírása</p>					
(G)	<p>Az alábbi igazoló dokumentumokat csatolom a kérelemhez:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>					
(H)	<p>További nyilatkozatok:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>					
(I)	<p>Kelt: _____, _____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Kérelmező ügyfél neve</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">ügyfél aláírása</p>					