

4. melléklet a/2018. (.....) önkormányzati rendelethez

„6. melléklet a 6/2006. (II. 24.) önkormányzati rendelethez

DEBRECEN
Megyei Jogú Város Polgármesteri Hivatal
Szociális Osztály
4026 Debrecen, Kálvin tér 11. (52) 517-750

**NORMATÍV KEDVEZMÉNYEN FELÜLI RÁSZORULTSÁGI ALAPÚ TÉRÍTÉSI
DÍJKEDVEZMÉNYT IGÉNYLŐ ADATLAP
(ÁLLAMI FENNTARTÁSÚ NEVELÉSI-OKTATÁSI INTÉZMÉNY ESETÉN)**

1./ Kérelmező neve /születési név is/: _____
/Nyomtatott betűkkel kérjük kitölteni!/
Társadalombiztosítási Azonosító Jel /TAJ szám/ :

Születési helye: _____ Anyja neve: _____

Születési idő: 19____ év _____ hónap _____ nap

2./ * Állampolgársága : magyar
bevándorlási, letelepedési engedéllyel rendelkező
hontalan, menekültként, oltalmazottként elismert
Státuszt elismerő határozat száma: _____ /20 _____

*** Családi állapota:**

☐ egyedülálló
☐ házastársával/élettársával/bejegyzett élettársával él együtt

3./ Lakóhely: _____ helység

_____ utca _____ sz. _____ em. _____ ajtó

Tartózkodási hely: _____ helység

_____ utca _____ sz. _____ em. _____ ajtó

***Értesítést lakóhelyemre tartózkodási helyemre kérem.**

Telefonszám: _____

*** A megfelelő rész aláhúzendó!**

4./Az 5.pontban felsorolt gyermekek közül, annak a gyermeknek a neve, akire a térítési díjtámogatást kérelmezi.

Gyermekek neve:	Intézmény neve:	Évfolyam:
_____	_____	_____
_____	_____	_____

5./ KÉRELMEZŐ CSALÁDJÁBAN LAKÓK ADATAI

Név, születési név is	Családi állapota Rokoni kapcsolat	Születési idő TAJ szám	Anyja neve
a.	év.....hó.....nap □□□ □□□ □□□	
b.	év.....hó.....nap □□□ □□□ □□□	
c.	év.....hó.....nap □□□ □□□ □□□	
d.	év.....hó.....nap □□□ □□□ □□□	
e.	év.....hó.....nap □□□ □□□ □□□	

Család: egy lakásban, vagy személyes gondoskodást nyújtó bentlakásos szociális, gyermekvédelmi intézményben együtt lakó, ott bejelentett lakóhellyel, vagy tartózkodási hellyel rendelkező közeli hozzátartozók közössége.

A gyermek neve *	Anyja születési neve	Születési idő / év, hó, nap / Társadalombiztosítási Azonosító Jel /TAJ szám/
1.	év.....hó.....nap □□□ □□□ □□□
2.	év.....hó.....nap □□□ □□□ □□□
3.	év.....hó.....nap □□□ □□□ □□□

* Tartós betegséget, illetőleg fogyatékosságot a név aláhúzásával kérjük jelölni

6./JÖVEDELMI ADATOK

A jövedelem típusai		Kérelmező jövedelme	A család tagjainak jövedelme
1.	Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó jövedelem		
2.	Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó jövedelem		
3.	Táppénz, gyermekgondozási támogatások		
4.	Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások		
5.	Önkormányzat és állami foglalkoztatási szervek által folyósított ellátások		
6.	Egyéb jövedelem		
7.	Összes jövedelem		

Egy főre jutó havi családi nettó jövedelem (ügyintéző tölti ki)Ft/hó.

Tudomásul veszem, hogy a NYILATKOZAT-ban közölt adatok valóságát a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény 131.§ (5) bekezdése alapján az önkormányzat a NAV hatáskörrel és illetékességgel rendelkező adóigazgatósága útján ellenőrizheti.

KITÖLTÉSI UTASÍTÁS

1. Lakóhely címeként a személyi igazolványban szereplő lakóhelyet, illetve tartózkodási helyet kell feltüntetni.

2. Közeli hozzátartozó:

- a) szülő, szülő házastársa vagy élettársa,
- b) a 20 évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező gyermek,
- c) a 23 évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, a nappali oktatás munkarendje szerint tanulmányokat folytató gyermek,
- d) a 25 évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, felsőoktatási intézmény nappali tagozatán tanulmányokat folytató gyermek,
- e) korhatárra való tekintet nélkül a tartósan beteg, illetőleg a fogyatékos gyermek,
- f) az a) -e) pontokba nem tartozó, a Ptk. családjogra irányadó szabályai alapján a szülő vagy házastársa által eltartott rokon.

A jövedelemről a kérelemhez mellékelni kell a jövedelem típusának megfelelő iratot vagy annak másolatát.

Kijelentem, hogy az adatok a valóságnak megfelelnek. Tudomásul veszem, hogy valótlan adatközlés esetén a támogatás megszüntetésre kerül, a jogosulatlanul és rosszhiszeműen igénybe vett támogatást a folyósító szerv kamattal megemelt összegben visszaköveteli.

Hozzájárulok ahhoz, hogy térítési díjkedvezmény tárgyában keletkezett határozat egy példányát a Polgármesteri Hivatal Szociális Osztálya a gyermekem által látogatott egészségügyi, oktatási intézmény részére megküldje.

Debrecen, 20__ év _____ hó ____ nap

 igénylő házastársának vagy
 élettársának/bejegyzett élettársának aláírása

 igénylő (törvényes képviselő) aláírása

*** A megfelelő rész aláhúzendő!”**