

1. melléklet  
a 18/2024 (XI. 13.) önkormányzati rendelethez

**Kérelem**

**Fogyatékkal élő gyermekek támogatása megállapításához**

**Kérelmező adatai:**

Név: \_\_\_\_\_

Születési név: \_\_\_\_\_

Szül. hely: \_\_\_\_\_

Szül. idő: \_\_\_\_\_

Anyja neve: \_\_\_\_\_

Állampolgárság: \_\_\_\_\_

Lakóhely: \_\_\_\_\_

Tartózkodási hely: \_\_\_\_\_

Családi állapot: \_\_\_\_\_

Adóazonosító jel: \_\_\_\_\_

TAJ szám: \_\_\_\_\_

Telefonszám *(nem kötelező megadni)*: \_\_\_\_\_

**Gyermek adatainak felsorolása:**

Név	Születési hely, év, hónap, nap	Anyja születési neve	TAJ szám	Állampolgárság	Lakóhely/Tartózkodási hely

Kijelentem, hogy

**életvitelszerűen a lakóhelyemen / tartózkodási helyemen élek.** *(A megfelelő rész aláhúzendó!)*

A részemre megállapított hozzájárulást az alábbiak szerint kérem utalni: *(A megfelelő rész aláhúzendó!)*

- posta útján                      - lakóhelyemre                      - tartózkodási helyemre
- lakossági folyószámlára (számlaszám:.....,
  - a folyószámlát vezető pénzintézet neve: .....
- házi pénztárból történő kifizetéssel

Kelt: \_\_\_\_\_év \_\_\_\_\_hó \_\_\_\_\_nap

\_\_\_\_\_  
kérelmező

**Melléletek:**

- Jogosultságom megállapításához zárt borítékban csatolom a magasabb összegű családi pótlékra jogosító betegségekről és fogyatékoságokról szóló 5/2003. (II. 19.) ESzCsM rendelet 2. mellékletében meghatározott fogyatékoságot megállapító szakorvosi igazolást másolatban, és a magasabb összegű családi pótlékot megállapító határozat másolatát.
- Érvényes lakcímkártya másolata