



Drégelypalánki Közös Önkormányzati Hivatal
2646 Drégelypalánk, Rákóczi út 1.
Tel: 35/367-199
e-mail: jegyzo@dpkoh.hu

KÉRELEM

*fogyatékos, tartós beteg gyermeket nevelő családok egyszeri támogatása
megállapítására*

I. Kérelmező és gyermeke adatai:

A) **Kérelmező/szülői felügyeletet gyakorló szülő/családba fogadó gyám neve:**

.....

Születési neve:

Anyja neve:

Születési hely, év, hó, nap:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

Lakcímnnyilvántartás szerinti időpont, amióta a tartósan beteg, autista, illetve testi, érzékszervi, értelmi vagy beszéd fogyatékos gyermekkel egy lakcímen, tartózkodási címen él:

TAJ szám:

Telefonszám (nem kötelező megadni):

B) **Tartósan beteg, autista, illetve testi, érzékszervi, értelmi vagy beszéd fogyatékos gyermek neve:**

.....

Születési neve:

Anyja neve:

Születési hely, év, hó, nap:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

TAJ szám:

Telefonszám (nem kötelező megadni):

II. Kérelmezővel egy háztartásban élő személyek adatai:

	Név/születési név	rokoni kapcsolat	Születési helye, ideje	Anyja neve	A kérelmező háztartásában állandó lakcímmel, vagy tartózkodási hellyel van- e bejelentve
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

III. Nyilatkozatok:

Nyilatkozom, hogy¹

- **A kérelem benyújtását megelőzően legalább 3 éve bejelentett lakóhellyel/tartózkodási hellyel rendelkezem a településen,**
- amennyiben a gyermek 25. életévét betöltötte: **gyermekem fogyatékosága/tartós betegsége már 25. életévének betöltését megelőzően is fennállt,**
- amennyiben a gyermek cselekvőképes: **gyermekem önálló keresettel nem rendelkezik.**

Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához.

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

Kelt:

.....
kérelmező aláírása

Kelt:

A kérelemhez csatolni kell az emelt összegű családi pótlékról vagy a fogyatékosági támogatás megállapításáról szóló igazolást, jegyzői hitelesítéssel.

¹ Kérjük a megfelelő aláhúzással megjelölni.