

4. melléklet a 10/2017. (IX.14.) önkormányzati rendelethez

ÚPT	<p align="center">Nemesbódi Közös Önkormányzati Hivatal cím: 9749 Nemesbód, Kossuth u. 15., telefon: 94/354-014 acsádi kirendeltség: (06 94) 555-003 email: onkormanyzat@nemesbod.hu, onkormanyzat@acsad.hu Ügyfélfogadás rendje a Nemesbódi Közös Önkormányzati Hivatalban (9749 Nemesbód, Kossuth u. 15.) hétfő, szerda és csütörtök 8-16 óráig Az Acsádi Kirendeltségen (9746 Acsád, Béke u. 10.) hétfő: 12.30-16 óráig és péntek: 8-12 óráig</p> <p align="center">Újszülöttek pénzbeli támogatásának megállapítása iránti kérelem - ACSÁD</p>
az ügyintéző	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>_____</div> <div>Beérkezés _____</div> </div> <p align="center">az átvevő aláírása</p>
(A)	<p>I. A kérelmezőre vonatkozó adatok</p> <p align="center">Alulírott</p> <p>kérelmező családi és utóneve: _____ TAJ: _____</p> <p>születési neve : _____ születési helye: _____ város/község, születési ideje: _____</p> <p>anyja neve: _____ lakóhelye: _____ város/község</p> <p>_____ közter. neve _____ közter. jellege ____ hrsz./hrsz. ____ép. ____lph. ____em. ____ ajtó</p> <p>tartózkodási helye: _____ város/község</p> <p>_____ közter. neve _____ közter. jellege ____ hrsz./hrsz. ____ép. ____lph. ____em. ____ ajtó</p> <p>Életvitelszerűen <input type="checkbox"/> a lakóhelyemen élek. <input type="checkbox"/> a tartózkodási helyemen élek.</p>
(B)	<p>II. Az újszülött gyermek adatai</p> <p align="center">kérem</p> <p>újszülött gyermek neve: _____ TAJ: _____</p> <p>anyja neve : _____ születési helye: _____ város/község, születési ideje: _____</p> <p>a háztartás címe, ahol a gyermek él: _____ város/község</p> <p>_____ közter. neve _____ közter. jellege ____ hrsz./hrsz. ____ép. ____lph. ____em. ____ ajtó</p> <p>gyermekre tekintettel, továbbá</p> <p>újszülött gyermek neve: _____ TAJ: _____</p> <p>anyja neve : _____ születési helye: _____ város/község, születési ideje: _____</p> <p>a háztartás címe, ahol a gyermek él: _____ város/község</p> <p>_____ közter. neve _____ közter. jellege ____ hrsz./hrsz. ____ép. ____lph. ____em. ____ ajtó</p> <p>gyermekre tekintettel, továbbá</p> <p>újszülött gyermek neve: _____ TAJ: _____</p> <p>anyja neve : _____ születési helye: _____ város/község, születési ideje: _____</p> <p>a háztartás címe, ahol a gyermek él: _____ város/község</p> <p>_____ közter. neve _____ közter. jellege ____ hrsz./hrsz. ____ép. ____lph. ____em. ____ ajtó</p> <p>gyermekre tekintettel</p> <p align="center">_____ Ft összegű újszülöttek pénzbeli támogatásának a megállapítását.</p>
(C)	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>A támogatást</div> <div>(név) részére</div> </div>

	<div><input type="checkbox"/> Az (A) rovatban feltüntetett lakóhelyre</div> <div><input type="checkbox"/> Az (A) rovatban feltüntetett tartózkodási helyre postai kifizetéssel</div> <div><input type="checkbox"/> fizetési számlaszámra átutalással</div> <div>kérem folyósítani.</div>						
(D)	A kérelmező családjának tagjaira vonatkozó adatok (a nem kitöltött rovatokat szíveskedjen kihúzással jelölni)						
	Rokonsági fok*	Név	Születési hely, idő	Anyja neve			
	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) **						
	<div>* A család tagjaiként kell feltüntetni az egy lakásban együtt lakó, ott bejelentett lakó- vagy tartózkodási hellyel rendelkező közeli hozzátartozókat (házastárs, élettárs, gyermekek).</div> <div>** 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. életének betöltését megelőzően is fennállt.</div>						
(E)	Jövedelemnyilatkozat (a nem kitöltött rovatokat szíveskedjen kihúzással jelölni)						
	A jövedelem típusa	Kérelmező	Házastárs, élettárs	Gyermekek			
	NEVE ÉS HAVI JÖVEDELME (Ft)						
	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)	A kérelem (D) rovatban feltüntetett _____ nagykorú személy(ek) nyilatkozom/nyilatkozunk, hogy az (E) rovatban feltüntetett jövedelmen kívül más, az Szt. 10. § (2) bekezdése szerinti jövedelemmel nem rendelkezem/renderkezőnk. _____
	a kérelmező nagykorú közeli hozzátartozójának aláírása a kérelmező nagykorú közeli hozzátartozójának aláírása a kérelmező nagykorú közeli hozzátartozójának aláírása
(G)	Az alábbi igazoló dokumentumokat csatolom a kérelemhez: _____ _____ _____
(H)	A kérelem benyújtásaként a továbbiakban nyilatkozom az alábbiakról: _____ _____ _____ _____
(I)	Nyilatkozom, hogy az ügy iktatási számáról, az ügyintéző nevééről és hivatali elérhetőségéről, az eljárás megindításának a napjáról, az ügyintézési határidőről, az ügyintézési határidőben nem számítandó időtartamokról, a hatóság eljárási kötelezettségének elmulasztása esetén követendő eljárásról, az iratokba való betekintés, és nyilatkozattétel lehetőségéről, valamint arról, hogy a kérelem a szükséges adataimnak kezeléséhez és belföldi jogsegély, valamint szakhatósági eljárás céljából történő továbbításhoz való hozzájárulásnak minősül, <input type="checkbox"/> kérek / <input type="checkbox"/> nem kérek.
	Hozzájárulok az eljárás lefolytatásához és az érdemi döntés meghozatalához szükséges személyes adatok kezeléséhez. Tudomásul veszem, hogy a szociális ellátással kapcsolatban elektronikus kapcsolattartásnak nincs helye.
(J)	Kelt: _____ - _____ _____ Kérelmező ügyfél neve _____ ügyfél aláírása