7. melléklet az 5/2015. (II.25.) önkormányzati rendelethez

**KÉRELEM  SZÜLETÉSI TÁMOGATÁSHOZ**

**Születési támogatást kérelmező adatai:**

Neve: ........................................................................................................................................

Születési neve: ..........................................................................................................................

Anyja neve: ..............................................................................................................................

Születési helye, ideje (év, hó, nap): ..........................................................................................

Lakóhelye: ................................................................................................................................

tartózkodási helye: ...................................................................................................................

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Állampolgársága: ........................................................................................................................

**Születési támogatásra jogosult gyermek adatai:**

Neve: ........................................................................................................................................

Születési neve: ..........................................................................................................................

Anyja neve: ..............................................................................................................................

Születési helye, ideje (év, hó, nap): ..........................................................................................

Lakóhelye: ................................................................................................................................

tartózkodási helye: ...................................................................................................................

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Állampolgársága: ........................................................................................................................

A kérelmező idegenrendészeti státusza (nem magyar állampolgárság esetén):

**A kérelmező családjában élő közeli hozzátartozók adatai**

A kérelmező családjában, a kérelmezővel azonos lakcímen élő közeli hozzátartozók száma: ......... fő.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | A | B | C | D | E |
|  | Közeli hozzátartozó neve (születési neve) | Anyja neve | Születési helye, ideje (év, hó, nap) | Társadalom- biztosítási Azonosító Jele | Családi kapcsolat megnevezése |
| 1.     2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |

Kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek. Hozzájárulok a nyilatkozatban szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárásban történő felhasználásához, kezeléséhez.

 Kijelentem továbbá, hogy a születési támogatásra jogosult személy és az azonos lakcímen élő közeli hozzátartozók életvitelszerűen a ………………………………………………………………….. lakcímen élnek.

 Kérelmemhez csatolom a születési anyakönyvi kivonat másolatát és a közeli hozzátartozók lakcímkártyájának másolatát.

# Kedvező elbírálás esetén fellebbezési jogomról lemondok és kérem a támogatást a ………………………..………. bankszámla számra utalni szíveskedjenek.

Felsőpáhok, 20……… aláírás