**PÁLYÁZAT**

**egészségügyi prevenciót szolgáló -rotavírus vagy B típusú Meningococcus elleni – védőoltás költségének részbeni támogatásához**

***I. Személyi adatok***

Pályázó:

Szülő/ törvényes képviselő neve: …………………………………………………………….…………….

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

TAJ száma: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Születési helye, ideje : ………………………………………………...…………………………………...

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

Állampolgársága: ……………………………………………………..……………………………..…….

Lakóhelye (állandó): **………..**……………………………………….……………………………......…..

Tartózkodási helye: …………………………………………………..………………………….………..

Fizetési számlaszám (amennyiben a támogatást számlaszámra kéri utalni): ......................................................................................................................................................................

Telefonszám: ……………………………………….………….…………………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  Neve és születési neve |  Születési helye, ideje |  Anyja neve |  Társadalombiztosítási AzonosítóJele (TAJ) |
|  1. Házastársa, élettársa |   |   |   |  |
|  2. Gyermekei |  |   |   |  |
|   |  |   |   |   |
|   |  |   |   |  |
|   |  |   |   |   |
|   |  |   |   |  |

Kérem, hogy az alább felsorolt gyermeke(i)mre tekintettel védőoltás költségéhez támogatást szíveskedjenek nyújtani:

|  |
| --- |
| Gyermek neve: TAJ sz.: |
| Szül. helye: |
| Szül. ideje: |
| Anyja neve: |
|  |

|  |
| --- |
| Gyermek neve: TAJ sz.: |
| Szül. helye: |
| Szül. ideje: |
| Anyja neve: |
|  |

|  |
| --- |
| Gyermek neve: TAJ sz.: |
| Szül. helye: |
| Szül. ideje: |
| Anyja neve: |
|  |

***II. Jövedelemi adatok***

A kérelmező és a vele családban élő közeli hozzátartozók egy havi jövedelme forintban:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  A jövedelem típusa |  Kérelmező |  Házastársa (élettársa) |  Gyermekei |
|  1. Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó |   |   |   |   |   |   |
|  2. Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó |   |   |   |   |   |   |
|  3. Alkalmi munkavégzésből származó |   |   |   |   |   |   |
|  4. Táppénz, gyermekgondozási támogatások |   |   |  |  |   |   |
|  5. Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások |   |   |   |   |   |   |
|  6. Önkormányzat, járás hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások |   |   |   |   |   |   |
|  7. Egyéb jövedelem |   |   |   |   |   |   |
|  8. **Összes jövedelem** |   |   |   |   |   |   |

**III. Egyéb nyilatkozatok:**

Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt jövedelmi adatok valódiságát a szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 10. §-ának (17) bekezdése alapján a szociális hatáskört gyakorló szerv – a NAV hatáskörrel és illetékességgel rendelkező igazgatósága útján – ellenőrizheti.

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

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

Tudomásul veszem, hogy valótlan adatközlés esetén a támogatás visszavonásra kerül, a jogosulatlanul és rosszhiszeműen igénybevett támogatást a folyósító szerv kamattal megemelt összegben visszaköveteli.

Albertirsa, 20\_\_\_év \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_hó\_\_\_\_\_nap

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 kérelmező aláírása