

Érkezett: _____

Átvevő: _____

Ügyintéző: _____

Előzmény: _____

FORMANYOMTATVÁNY A GYERMEKEK ÁTMENETI GONDOZÁSÁT SEGÍTŐ TELEPÜLÉSI TÁMOGATÁS MEGÁLLAPÍTÁSÁHOZ¹

Kérelmező adatai:

Kérelmező neve: _____ születési neve: _____

Születési helye: _____ idő: _____ év _____ hónap _____ nap.

Anyja születési neve: _____ kérelmező állampolgársága: _____

Kérelmező Társadalombiztosítási Azonosító Jele (TAJ szám): --

Lakóhelye: _____

Tartózkodási helye: _____

(A lakóhely és a tartózkodási hely megadásakor a lakcímnnyilvántartásba bejelentett lakóhelyet, tartózkodási helyet kell feltüntetni.)

Kérem a gyermekek átmeneti gondozását segítő települési támogatásnak az alábbiak szerinti megállapítását:²

- A) befogadást segítő támogatás,
- B) foglalkoztatás segítését célzó támogatás,
- C) lakhatási biztonság megteremtését célzó támogatás.

Kérem, hogy a B) és C) pontban meghatározott pénzbeli támogatást³

postai úton lakóhelyemre _____ vagy

postai úton egyéb helyre: _____ vagy

bankszámlára történő átutalással

szíveskedjenek kifizetni.

Banki átutalás esetén: _____ (számlavezető bank neve)

--

Felelősségem tudatában kijelentem, hogy életvitelszerűen a lakóhelyemen / a tartózkodási helyemen élek.²

Székesfehérvár,év.....hónap

.....
kérelmező aláírása

¹ A gyermekek átmeneti gondozását segítő települési támogatással kapcsolatos adatkezelésről szóló Adatkezelési tájékoztató megtalálható a www.szekesfehervar.hu/adatvedelem oldalon!

² A megfelelő aláhúzással jelölendő!

³ A megfelelő X-szel jelölendő!

A családok átmeneti otthona intézmény vezetője tölti ki!

Az intézmény neve: _____

címe: _____

bankszámlaszáma: - -

A család intézménybe történő befogadásának időpontja: _____

A szülőt terhelő személyi térítési díj fizetési kötelezettség első 30 napjára esedékes összege: _____ Ft/hó

A személyi térítési díj fizetési kötelezettség első napja: _____

A család intézményben történő elhelyezése megszűnésének időpontja: _____

Az intézményben történő elhelyezés megszűnésének oka: _____

Székesfehérvár, ____ év, _____ hó ____ nap

PH.

az ellátást biztosító intézmény vezetőjének
aláírása
