

EGYSZERI SZÜLETÉSI TÁMOGATÁS IRÁNTI KÉRELEM

Az ellátást igénylő neve:
Születési neve:
Anyja neve:
Születési helye, időpontja:
Telefonszáma:
TAJ száma:
Adóazonosító jele:
Bejelentett lakóhelye:
Életvitelszerűen itt él:
Bankszámlaszám:

A házastárs/élettárs adatai:

Házastárs/élettárs neve:
Születési neve:
Anyja neve:
Születési helye, időpontja:
Telefonszáma:
TAJ száma:
Adóazonosító jele:
Bejelentett lakóhelye:
A bejelentkezés időpontja:

A gyermek adatai, akire tekintettel a támogatás megállapítását kéri:

Gyermek neve	Születési helye	ideje	Anyja neve	Bejelentett lakóhelye	TAJ száma

Nyilatkozom, hogy gyermekemet saját háztartásomban nevelem.

Kérelmező háztartásában együtt élők adatai:

Gyermek neve	Születési helye	ideje	Anyja neve	Bejelentett lakóhelye	TAJ száma

Tudomásul veszem, hogy a 2004. évi CLX. törvény 51. § (5) bekezdésben foglaltak szerint az ügyfél, vagy képviselője, aki rosszhiszeműen az ügy szempontjából jelentős valótlan tényt állít, eljárási bírsággal sújtható.

Alulírott hozzájárulok, hogy személyes adataimat a jogosultság megállapítása és teljesítése céljából kezeljék, továbbítsák.

Hozzájárulok személyi azonosító okmányaim fénymásolásához.

A kérelemhez minden esetben csatolni kell:

- a gyermek születési anyakönyvi kivonatának,**
- a gyermek és a szülő lakcímkártyájának fénymásolatát.**

Kelt:, évhónap nap

.....
kérelmező aláírása

A támogatásra az a szülő jogosult, aki a gyermek születésekor és a kérelem benyújtásakor is Mórachida közigazgatási területén állandó lakóhellyel rendelkezik. A kérelmet a gyermek születését követő hat hónapon belül kell benyújtani.