1. számú melléklet a 14/2021.(IX.30.) Ör. számú rendelethez

**Létavértes Városi Önkormányzat**

*4281 Létavértes, Kossuth u. 4. szám*

*Tel/Fax: (52) 376-101/376-345*

**KÉRELEM**

**DAGANATOS BETEGEK TELEPÜLÉSI TÁMOGATÁSÁHOZ**

**1.Személyi adatok**

**1.1 A kérelmező személyre vonatkozó adatok:**

1.1.1. Neve: ............................................................................................................

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

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

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

1.1.5. Lakóhelye: ....................................................................................................

1.1.6. Tartózkodási helye: ......................................................................................

1.1.7. Életvitelszerű cím (ahol ténylegesen lakik):………………………………

1.1.8. Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .........................................................

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

1.1.10. Telefonszám (nem kötelező megadni): ......................................................

**1.2. A kérelmező családi állapota** *(a megfelelő helyre tegyen X-et):*

* **egyedülálló**
* **nem egyedülálló**

**1.3.A kérelmező családjában élő közeli hozzátartozók adatai**

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | A | B | C | D | E |
| 1. | Közeli hozzátartozó neve(születési neve) | Anyja neve | Születési helye, ideje (év, hó, nap) | Társadalom biztosítási Azonosító Jele(TAJ) | Családi kapcsolat megnevezése |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |

**2.** A kérelem háziorvosi igazolással együtt érvényes.

**Kijelentem, hogy életvitelszerűen a lakóhelyemen vagy a tartózkodási helyemen élek (megfelelő rész aláhúzandó)**

**Fenti adatok a valóságnak megfelelnek.**

**Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához.**

**Tudomásul veszem, hogy „Daganatos betegek támogatása” évente egyszer állapítható meg.**

 **A megállapított támogatástól számított 365 nap után igényelhető újra, amennyiben a jogosultsági feltételek továbbra is fennállnak.**

Kelt: ………………..év………………………………hó………………nap.

 …………………………………… ügyfél aláírása

**HÁZIORVOSI IGAZOLÁS**

**Hivatalosan igazolom, hogy**

A kérelmező neve: ……………………………………………………………………………...

Az kérelmező születési helye, ideje: ………………………………………………………….

Az kérelmező anyja leánykori neve: ……………………………………………………………

Az kérelmező TAJ száma: ……………………………………………………………………

**aktív onkológiai kezelésben részesül**.

**Dátum:**………………………………………

 …………………………. **háziorvos aláírása**

 PH.

**A kérelem benyújtásakor a személyi igazolványt, a lakcímkártyát és a TAJ-kártyát be kell mutatni!**

**Kérjük az adatlap pontos, olvasható kitöltését!**

A kérelmet a Létavértesi Közös Önkormányzati Hivatal Szociális Osztályán /4281 Létavértes, Kossuth u. 4. / lehet benyújtani, ügyfélfogadási időben.

***ÜGYFÉLFOGADÁS IDŐ:***

Hétfő: 08-12

Kedd: 08-12

Szerda: 08-12

Csütörtök: 08-12

Péntek: nincs ügyfélfogadás