

**Létavértes Város Önkormányzatának
POLGÁRMESTERÉTŐL**

4281 Létavértes, Kossuth u. 4. szám

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

KÉRELEM

TELEPÜLÉSI TÁMOGATÁS

(Időskorúak egyszeri támogatása) megállapítására

A kérelmező neve:

TAJ:

Anyja neve:

Születés helye, ideje:

Lakóhelye/Tartózkodási helye:

Lakcímkártya másolata: Igen Nem

A kérelmező élettársa/házastársa neve:

TAJ:

Anyja neve:

Születési helye, ideje:

Lakóhelye/tartózkodási helye:

Lakcímkártya másolata: Igen Nem

Létavértes, 20

Kérelmező aláírása

1) Tanú

2) Tanú

Név:

Név:

Lakcím:

Lakcím:

Kérelmem kedvező elbírálása esetén a jogorvoslati lehetőségemről lemondok.

Kérelmező aláírása

Hozzájárulok, hogy időskorúak egyszeri támogatás ügyében a kérelmemben szereplő adataim kapcsolattartás céljából felhasználhatók legyenek.

Nyilatkozat tevő

MEGHATALMAZÁS

Alulírott: _____ (név, születési név)

Szül. hely: _____, _____ .év _____ hó _____ nap

Anyja neve: _____

Sz.ig.szám: _____

Lakcím: _____

meghatalmazom

_____ -t, (név, születési név)

Szül. hely: _____, _____ .év _____ hó _____ nap

Anyja neve: _____

Sz.ig.szám: _____

Lakcím: _____,

hogy helyettem _____

Települési támogatás/időskorúak egyszeri támogatásával kapcsolatos ügyben eljárjon.

Ez a meghatalmazás 2024. 12. 31-ig érvényes.

Kelt:(település, év. hó. nap).

aláírás (meghatalmazó)

Tanúk:

Név _____

Név: _____

Lakcím: _____

Lakcím: _____

Sz.ig.szám: _____

Sz.ig.szám: _____

aláírás

aláírás