



Nagyrábé Nagyközség Önkormányzata
4173 Nagyrábé, Kossuth Lajos út 5.
Tel.: 0654/477-020, e-mail: hivatal@nagyrabe.hu

KÉRELEM

Daganatos betegek támogatására

1. Kérelmező adatai:

1.1. Név:

1.2. Születési név:

1.3. Anyja neve:

1.4. Születési helye, ideje:

1.5. Lakóhelye:

1.6. Tartózkodási helye:

1.7. TAJ szám:

2. Kérelmező családi körülménye

- ☐ egyedül élő
- ☐ nem egyedül élő

2.1. A kérelmező családjában élő közeli hozzátartozók adatai

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

	A	B	C	D	E
	Közeli hozzátartozó neve (születési neve)	anyja neve	Születési helye, ideje	TAJ száma	családi kapcsolat megnevezése
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					

Nyilatkozom, hogy családomban az egy főre számított havi jövedelem Ft.

Nyilatkozom, hogy életvitelszerűen a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen élek.¹

Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt adatok valódiságát a szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 10.§ (7) bekezdése

¹ A megfelelő rész aláhúzendő. Abban az esetben kell nyilatkozni, ha a kérelmező lakó- és tartózkodási hellyel is rendelkezik.



Nagyrábé Nagyközség Önkormányzata
4173 Nagyrábé, Kossuth Lajos út 5.
Tel.: 0654/477-020, e-mail: hivatal@nagyrabe.hu

alapján a szociális hatáskört gyakorló szerv – a NAV útján ellenőrizheti.

Nagyrábé, 20.....évhónap

.....
kérelmező aláírása

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

Nagyrábé, 20.....évhónap

.....
kérelmező aláírása

Kijelentem, hogy a daganatos betegek támogatása iránti kérelmemnek helyet adó döntés elleni fellebbezési jogomról lemondok. (Nemleges válasz esetén kérjük a szövegrészt áthúzással törölni.)

Nagyrábé, 20.....évhónap

.....
kérelmező aláírása

Alulírott kijelentem, hogy az adatkezelési folyamattal kapcsolatos tájékoztatót megismeretem, és az abban foglaltakat tudomásul vettem.

Nagyrábé, 20.....évhónap

.....
kérelmező aláírása

Záradék:

Igazolom, hogy kérelmező daganatos betegsége miatt aktív orvosi kezelés alatt áll.

Nagyrábé, 20.....év,hónap

.....
P.H.

.....
házi orvos