***KÉRELEM***

***Oltási támogatáshoz***

**1. Adatok:**

*Kérelmező neve:*

*Születési név:*

*Születési helye, ideje:*

*Anyja neve:*

*TAJ szám:*

*Telefonszám:*

*Családi állapot (a megfelelő rész megjelölendő):*

 házastársi/élettársi kapcsolatban él hajadon/nőtlen elvált özvegy

 házastársától /élettársától külön él

*Lakóhely címe:*

*Tartózkodási hely címe:*

**Kijelentem, hogy életvitelszerűen**  lakóhelyemen tartózkodási helyemen **élek** *(a megfelelő rész megjelölendő.)*

**2. Kérelem:**

* Kérem, hogy az oltási támogatást 0-18 életév közöti gyermekem részére megállapítani szíveskedjenek.
* Kijelentem, hogy gyermekem 2022. ………-én pneumococcus baktérium elleni oltóanyagban részesült.
* Kérem, hogy az oltási támogatást részemre megállapítani sziveskedjenek. Kijelentem, hogy 65. életévemet betöltöttem.
* Kijelentem továbbá, hogy 2022. ……-én pneumococcus baktérium elleni oltóanyagban részesültem.
* a kerületben bejelentett lakcímemen ………év……………….hó…………. napja óta élek életvitelszerűen.

**3. A kérelmezőre, valamint a kérelmezővel egy háztartásban élő családtagokra vonatkozó személyes és jövedelmi adatok:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Név(ha eltérő, születésineve is)** | **Anyja neve** | **Születés helye,ideje(év, hó, nap)** | **Társadalom-biztosítási Azonosító Jele** | **Jövedelem típusa\*** | **Összege\*\*** |
| 3.1. |  |  |  |  |  |  |
| 3.2. |  |  |  |  |  |  |
| 3.3. |  |  |  |  |  |  |
| 3.4. |  |  |  |  |  |  |
| 3.5. |  |  |  |  |  |  |
| 3.6. |  |  |  |  |  |  |

\* *Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó, társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó, táppénz, nyugellátás, megváltozott munkaképességű személyek ellátásai (például rokkantsági ellátás, rehabilitációs ellátás), korhatár előtti ellátás, szolgálati járandóság, balettművészeti életjáradék, átmeneti bányászjáradék, időskorúak járadéka, a nyugdíjszerűrendszeres szociális ellátások emeléséről szóló jogszabály hatálya alá tartozó ellátás, a gyermek ellátásához és gondozásához kapcsolódó támogatások (különösen: csecsemőgondozási díj (CSED), gyermekgondozási díj (GYED), gyermekgondozási segély (GYES), gyermeknevelési támogatás (GYET), családi pótlék, gyermektartásdíj, árvaellátás), Önkormányzat, kormányhivatal által folyósított ellátások, egyéb jövedelem*

*\*\* A kérelemhez mellékelni kell a jövedelem igazolására szolgáló dokumentumokat.*

**4. Nyilatkozatok:**

1. **Tudomásul veszem**, hogy a kérelemben közölt jövedelmi adatok valódiságát a szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény, illetve a 48/2021.(XII.08.) önkormányzati rendelet alapján az ellátást megállapító szerv ellenőrizheti.
2. **Tudomásul veszem**, hogy személyes adataim kezelése az EU 2016/679. számú Általános Adatvédelmi Rendelete („GDPR”) 6. cikk 1.) bekezdés a) pontja szerinti önkéntes hozzájárulás alapján történik, egyúttal hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális ellátásra való jogosultság megállapítása, biztosítása, fenntartása és megszüntetése céljából történő felhasználásához, illetőleg azok kezeléséhez, a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény alapján.
3. **Tudomásul veszem,** hogy valótlan adatközlés esetén a jogosulatlanul és rosszhiszeműen igénybe vett ellátást az ellátást megállapító szerv kamattal megemelt összegben visszakövetelheti.
4. **Büntetőjogi felelősségem teljes tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek.**
5. **Kijelentem,** hogy a támogatás megállapítása iránti kérelmemnek teljes egészében helyt adó döntés elleni **fellebbezési jogomról lemondok**. (Nemleges válasz esetén kérjük a szövegrészt áthúzással törölni!)

**Budapest, 20\_\_\_\_\_év\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_hó \_\_\_\_\_nap**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Kérelmező törvényes képviselőjének Kérelmező aláírása**

**aláírása**

**5. Csatolandó mellékletek**:

|  |  |
| --- | --- |
| **Megnevezés** | **Csatolva\*** |
| jövedelemigazolás az összes típusú jövedelemre vonatkozóan, 2021. évi éves nyugdíjösszesítő és az utolsó havi nyugdíjszelvény  |  |
| a szülő, törvényes képviselő, illetve a 65. életévét betöltött kérelmező igazolása a háziorvos által kiállított okirattal, hogy a kérelem benyújtását megelőző 60 napon belül pneumococcus baktérium elleni oltóanyagban részesült, valamint a nevére szóló számla az oltóanyag ellenértékének megfizetéséről. |  |
| 16. életévét betöltött gyermek nappali oktatás munkarendje szerint fennálló tanulói, vagy hallgatói jogviszony igazolása |  |
|  lakcímkártya, személyi igazolvány, TAJ kártya bemutatása | **-** |
|  csatolt orvosi igazolás háziorvos által kitöltve  |  |
| * **gyermektartásdíj összegének igazolására** a gyermektartásdíjról rendelkező vagy a szülők egyezségét jóváhagyó bírósági döntés, gyámhatósági jegyzőkönyv, amennyiben nem a megállapított összegben kerül folyósításra a gyermektartásdíj a havi kifizetést igazoló szelvény, bankszámlakivonat vagy a gyermeket nevelő és a különélő szülő együttes nyilatkozata a gyermektartás átadott havi összegére vonatkozóan, vagy gyermektartásdíj bírósági eljárás megindítását igazoló irat,
* Amennyiben a gyermek után a különélő szülő nem fizet tartásdíjat, akkor hivatalos igazolást, Bíróságtól vagy a végrehajtótól, hogy elindította a végrehajtást annak érdekében, hogy a különélő szülő hozzájáruljon a gyermek tartásához.
* állam által megelőlegezett gyermektartásdíj esetén a gyámhatóság határozata;
* a házasság felbontását, gyermekelhelyezést megállapító bírósági döntés, vagy a gyermekelhelyezésről szóló gyámhatósági okirat vagy gyermektartásdíjról szóló szülői egyezségről kiállított irat;
* képzelt apát megállapító határozat,
 |  |

*(\* az oszlopot az ügyintéző tölti ki)*

**ORVOSI IGAZOLÁS**

Igazolom, hogy …………………………………………………………………………………

(születés helye, ideje …………………………………………………………………………...)

Budapest, ………………………… út/utca/köz …….. szám …….. em. ……ajtó alatti lakost

…………………………………………………..elleni védőoltásban részesítettem.

Az oltóanyag megnevezése: ……………………………………………………………………

Az oltás időpontja: ……………………………………

Budapest …..év …….hó …….nap

 -----------------------------------------

 **háziorvos**