

8. melléklet a 2/2015.(II.18.) önkormányzati rendelethez

Kérelem Újszülött gyermek utáni egyszeri pénzbeli támogatás igénybevételére

1. Kérelmező neve:
2. Kérelmező állandó lakcíme:
3. Kérelmező születési helye, ideje:
4. kérelmező édesanyjának leánykori neve:
5. Kérelmező bankszámlaszáma: _____ - _____
6. Számlavezető pénzintézet neve:
7. Kérelmező igényjogosult gyermeke(i):

	Név	Lakcím	Születés dátuma
a)			
b)			
c)			
d)			

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a NYILATKOZAT-ban közölt adatok a valóságnak megfelelnek. Tudomásul veszem, és egyben hozzájárulok, hogy a közölt adatok valóságát Zalaszentiváni Közös Önkormányzati Hivatal a vonatkozó jogszabályok alapján ellenőrizheti. Hozzájárulok a nyilatkozatban szereplő adatoknak a szociális eljárásban történő felhasználásához, kezeléséhez.

Kérelmemhez az alábbi melléleteket csatolom:

- Gyermek(ek) születési anyakönyvi kivonatának másolata:pld.;
- egyéb:pld.

Kelt: _____, _____ év _____ hó _____ nap

kérelmező aláírása