

Kérelem - nyilatkozat
egészségügyi szolgáltatásra való jogosultság megállapításához

Az igénylő neve (leánykori név is):
Anyja neve:
Születési helye, ideje:
Lakóhelyének címe:
Adószáma :
Telefonszáma:
E-mail címe:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Alulírott kérelemmel fordulok Felsőlajos Község Polgármesteri Hivatalához, járulékfizetés alapjának igazolása tárgyában.

Az igénylő rendszeres havi jövedelmének

forrása:

összege:

A nyilatkozat benyújtásának időpontjában a támogatást kérővel közös háztartásban élő, az egy főre jutó jövedelem számítása szempontjából figyelembe vehető közeli hozzátartozók adatai:

A kérelmezővel egy háztartásban élők adatai:

	Név	Születési ideje	rokonsági foka	foglalkozása	jövedelme
1					
2					
3					
4					

- A 20 évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, a 25 évesnél fiatalabb önálló keresettel nem rendelkező nappali tagozaton egyetemi, főiskolai tanulmányokat folytató, továbbá korhatárra tekintet nélkül a tartósan beteg, illetőleg a testi, érzékszervi, értelmi, beszéd vagy más fogyatékos gyermek.

A családban az egy főre jutó rendszeres havi jövedelem:Ft