9/2017. (VIII.17.) önkormányzati rendelet 1. számú melléklet

NYILATKOZAT

Beiskolázási támogatás igénybevételéhez

1. Alulírott ..... (születési név: ....., születési hely, idő ....., ... anyja neve: .....TAJ.....) ..... szám alatti lakos, mint a

1.1. ..... nevű gyermek (születési hely, idő ....., ... anyja neve: .....TAJ.....),

1.2. ..... nevű gyermek (születési hely, idő ....., ... anyja neve: .....TAJ.....),

1.3. ..... nevű gyermek (születési hely, idő ....., ... anyja neve: .....TAJ.....),

1.4. ..... nevű gyermek (születési hely, idő ....., ... anyja neve: .....TAJ.....),

szülője/más törvényes képviselője/gondviselője (a megfelelő aláhúzandó) a Csáfordjánosfa Községi Önkormányzat Képviselő-testületének a települési támogatásról és az egyéb szociális ellátásokról szóló 9/2017. (VIII.17.) önkormányzati rendelete alapján Csáfordjánosfa községben állandó lakcímmel vagy tartózkodási hellyel rendelkező és életvitelszerűen a településen élő általános iskolai, középiskolai, valamint felsőfokú tanulmányokat folytató gyermekeim után igényelem a gyermekenként megállapítható beiskolázási támogatást, *az alábbi jogcím alapján*:

a családban az egy főre jutó havi jövedelem nem haladja meg az öregségi nyugdíjminimum legkisebb összegének hatszorosát (jelenleg a 171.000,-Ft/fő összeget)

2. Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a közölt adatok a valóságnak megfelelnek, egyúttal hozzájárulok a nyilatkozatban szereplő adatoknak a beiskolázási támogatás igénybevételéhez történő felhasználásához.

Dátum: .....

.....

az ellátást igénybe vevő (szülő, más törvényes képviselő, nevelésbe vett gyermek esetén az ellátást nyújtó nevelőszülő, intézményvezető) **aláírása**