

Nógrádi Közös Önkormányzati Hivatal  
2642 Nógrád, Hunyadi u. 18.  
Tel.: 35/362-210, fax: 35/562-001

## SZÜLETÉSI TÁMOGATÁS IRÁNTI KÉRELEM

Az ellátást igénylő neve:
Születési neve:
Anyja neve:
Születési helye, időpontja:
Telefonszáma: (megadása önkéntes)
TAJ száma:
Bejelentett lakóhelye:
A bejelentkezés időpontja:

A házastárs, élettárs adatai,

Házastárs/élettárs neve:
Anyja neve:
Születési neve:
Születési helye, időpontja:
Telefonszáma: (megadása önkéntes)
TAJ száma:
Bejelentett lakóhelye:
A bejelentkezés időpontja:

A gyermek adatai, akire tekintettel a támogatás megállapítását kéri:

Gyermek neve	Születési helye	ideje	Anyja neve	Bejelentett lakóhelye	TAJ száma

Nyilatkozom, hogy gyermekemet saját háztartásomban nevelem.

Kijelentem, hogy a születési települési támogatás megállapítása iránti kérelmemnek teljes egészében helyt adó döntés elleni fellebbezési jogomról lemondok.

Alulírott hozzájárulok, hogy személyes adataimat a jogosultság megállapítása és teljesítése céljából kezeljék, továbbítsák. Hozzájárulok személyi azonosító okmányaim fénymásolásához.

Nógrád, .....

.....  
kérelmező aláírása

A támogatásra az a szülő jogosult, aki Nógrád községben bejelentett állandó lakóhellyel rendelkezik legalább a gyermek születése időpontjától a kérelem benyújtásának időpontjáig. A kérelmet a gyermek születését követő hat hónapon belül kell benyújtani.

A kérelemhez minden esetben csatolni kell:

- a gyermek születési anyakönyvi kivonatának
- a gyermek és a szülő lakcímkártyájának fénymásolatát.