**IGÉNYBEJELENTÉS**

iskolakezdési támogatásra való jogosultsághoz

Alulírott kérem, hogy gyermekem, gyermekeim részére/részemre (a megfelelő aláhúzandó) Halimba Község Önkormányzata Képviselő-testületének a szociális igazgatásról valamint a szociális és gyermekjóléti ellátásokról szóló 3/2015. (II.27.) önkormányzati rendelet 18.§ (8) és (9) bekezdése alapján **iskolakezdési támogatásra** való jogosultságot megállapítani szíveskedjenek.

Törvényes képviselő/fiatal felnőtt személyes adatai:

Név (születési név):

Anyja neve:

Születési hely, idő:

Lakóhelye:

1. A gyermek személyes adatai:

Név (születési név):

Anyja neve:

Születési hely, idő:

Lakóhelye:

2. A gyermek személyes adatai:

Név (születési név):

Anyja neve:

Születési hely, idő:

Lakóhelye:

3. A gyermek személyes adatai:

Név (születési név):

Anyja neve:

Születési hely, idő:

Lakóhelye:

**Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek.** Alulírott hozzájárulok ahhoz, hogy személyes adataimat, gyermekem személyes adatait a jogosultság megállapítása és teljesítése céljából kezeljék.

**Halimba ,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

törvényes képviselő/fiatal felnőtt aláírása

**Az igénybejelentéshez csatolni kell az érvényes iskolalátogatási igazolást!**