

MAGYAR ÁLLAMKINCSTÁR
IGÉNYBEJELENTÉS FOGYATÉKOSSÁGI TÁMOGATÁSRA

Alulírott igénylő kérem

1. fogyatékosági támogatás megállapítását
látási, hallási, értelmi, mozgásszervi, halmozott fogyatékoságok, autizmus alapján (megfelelő rész aláhúzandó)

vagy

2. állapotrosszabbodásom miatt a támogatás mértékének módosítását igénylem az alábbiakban közölt adatok és nyilatkozat, a mellékletként csatolt orvosi beutaló, valamint a fogyatékoságot igazoló orvosi dokumentáció alapján.

I.
Az igénylőre vonatkozó adatok

1. Az igénylő házassági neve: _____

Az igénylő születési neve: _____

Anyja születési neve: _____

Születési helye, ideje: _____

Állampolgársága: _____

TAJ-száma: - -

2. Lakóhelye: _____

Tartózkodási helye: _____

3. Amennyiben az igénylő gondnokság alatt áll, a gondnok neve, címe: _____

4. A fogyatékosági támogatás folyósítását

lakóhelyemre: _____

tartózkodási helyemre: _____

bankszámlaszámra: _____

(bankszámlaszám: _____

számlavezető bank: _____ kérem.

II. Az igénylő nyilatkozata

Kijelentem, hogy vakok személyi járadékában nem részesülök.

Kijelentem, hogy magasabb összegű családi pótlékban

részesülök,

nem részesülök (A megfelelő rész aláhúzendó)

Nyilatkozom, hogy a fogyatékosági támogatásra való jogosultságom megállapításával egyidejűleg a magasabb összegű családi pótlékra való jogosultságomról lemondok.

Tudomásul veszem, hogy a körülményeimben bekövetkezett olyan változásokat, amelyek a támogatásra való jogosultságot vagy annak folyósítását befolyásolják, köteles vagyok a folyósító szervnek 15 napon belül bejelenteni (így például : állapotjavulást, lakcímváltozást, stb.)

Kiállítás helye, kelte: _____

igénylő vagy gondnokának aláírása