**Balatongyörök Község Önkormányzata Képviselő testületének az egyes lakossági csoportok támogatásáról szóló 3/2020. (II. 21.) önkormányzati rendelete 2. §-ában meghatározott újszülött támogatás Kérelem**

**Kérelmező szülő** neve:……………………………………………………………………………………………………

Születési neve:……………………………………………………………………………………………………

Születési hely, idő:………………………………………………………………………………………………………..

Anyja neve:……………………………………………………………………………………………………

Lakcím:………………………………………………………………………………………

Telefonszám:……………………………………………………..

**Újszülött adatai:**

Név:………………………………………………………………………………………………………

Születési hely, idő:………………………………………………………………………………………………………..

Anyja neve:……………………………………………………………………………………………………

Lakcím:………………………………………………………………………………………………

Kérem az újszülött után járó támogatás megállapítását.

Fizetési számlaszám: (ha a folyósítást fizetési számlaszámra kéri):

…………………………………………………………………………………………………..

A fizetési számlát vezető pénzintézet neve:…………………………………………………….

Felelősségem tudatában kijelentem, hogy

a) életvitelszerűen a lakóhelyemen élek.

b) a közölt adatok a valóságnak megfelelnek. Hozzájárulok a kérelemben szereplő személyes adatoknak az újszülött támogatás folyósításának céljából történő kezelésére.

Balatongyörök Község Önkormányzatának adatvédelmi tájékoztatója megtalálható a [www.balatongyorok.hu](http://www.balatongyorok.hu) weboldalon.

Melléklet: a gyermek születési anyakönyvi kivonata, lakcímkártya másolatok

|  |
| --- |
| Kelt: ...................................................., ............................... |
|   |   |

 ……………………………………….

 kérelmező ügyfél

…………………………………………………………Ft kifizethető