

Budapest Főváros VII. Kerület Erzsébetvárosi  
Polgármesteri Hivatal  
Humánszolgáltató Iroda  
1076 Budapest, Garay utca 5.

Levélcím: 1073 Budapest, VII. Erzsébet krt. 6.

**2021**

## K É R E L E M Kiegészítő szállítási támogatáshoz

### I. Kérelmezőre vonatkozó személyes adatok

Kérelmező neve: .....

Születési neve: ..... Anyja neve: .....

Születési hely, idő: .....

Családi állapota: ..... Állampolgársága: .....  
(tüntesse fel, ha bevándorolt, letelepedett, vagy menekült)

Összes havi nettó jövedelme: ..... TAJ száma: ..... - ..... - .....

Bejelentett lakóhelye: ..... Tel: .....

Bejelentett tartózkodási helye: ..... Tel: .....

Tényleges tartózkodási helye: ..... Tel: .....

Ha az ellátást igénylő nem cselekvőképes, a törvényes képviselőjének neve:.....

A törvényes képviselő bejelentett lakóhelyének címe:.....

### II. A kérelmezővel közös lakásban élő családtagok adatai

Név	Születési hely, idő	Anyja neve	A kérelmezővel való rokoni kapcsolat	TAJ száma
a)				
b)				
c)				
d)				
e)				
f)				
g)				

### III. Az intézmény igazolása

Ezúton igazolom, hogy

Név:..... Anyja neve:.....

Születési hely, év, hó, nap:.....

Bejelentett lakcíme:.....

Tényleges tartózkodási helye:.....

TAJ száma:.....

- súlyosan fogyatékos** **v a g y**  **tartósan beteg**
- látássérült
  - hallássérült
  - értelmi sérült
  - mozgássérült

személy az intézményünk

.....

20 .....-tól 20 .....-ig terjedő időszakban gondozásban, fejlesztésben vagy rehabilitációs ellátásban részesül, nevezett szállítása szükséges.

.....  
a rovat kitöltőjének aláírása

Az intézmény körbélyegzőjének helye

**Kijelentem, hogy a kérelemben közölt adatok és nyilatkozatok a valóságnak megfelelnek, egyben hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához.**

**Hozzájárulok, hogy jelen nyomtatványon szereplő adataimat az információs önrendelkezési jogról és információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvényben meghatározottak szerint a Polgármesteri Hivatal Humánszolgáltató Irodája kezelje.**

Budapest, 20.....

.....  
A kérelmező, vagy törvényes képviselőjének aláírása

*A kérelemben feltüntetett adatokat a személyi igazolvánnyal, illetve a bemutatott igazolásokkal a kérelem átvételekor egybevetette:*

Budapest, 20 .....

.....  
ügyintéző

**Személyes adatainak kezeléséről részletesebb tájékoztatást a honlapunkon olvashat, vagy ügyintézőnktől kérhet.**

## **T á j é k o z t a t ó**

Az a család, melyben 24 éven aluli súlyosan fogyatékos, vagy tartósan beteg személy nevelése, ápolása folyik, kérheti a beteg szállításához való támogatást.

A kérelemhez azon intézmény igazolása szükséges (kérelemnyomtatvány III. pontja), melybe vagy melyből a beteg szállítását bonyolítani kell (az igazolás a szállítás tényét és a látogatás időszakát dokumentálja).

Amennyiben kísérettel a fogyatékos személy tömegközlekedési eszközöket igénybe tud venni, abban az esetben ehhez is megállapítható a támogatás a kísérő családtag és a fogyatékos személy számára is.

A BKV (BKK) bérlethez való támogatás csak egy kísérőnek állapítható meg.

A támogatás a szállítás költségeihez való utólagos hozzájárulás, melyhez a kérelmező nevére kiállított számla benyújtása szükséges (taxi, benzin számla stb.). A számla esetében vizsgálni kell a költség és a szükséges távolság elfogadható arányát. A BKV (BKK) bérlethez nyújtott támogatás esetében azt számlára kell megvásárolni, és ezt kell a támogatási kérelemhez csatolni.

A támogatás mértéke a szállítás igazolt költségének 100 %-a, mely évente nem haladhatja meg a mindenkori öregségi nyugdíjminimum négyszeresét, 2021. évben a 114.000.-Ft-ot.

## **Tisztelt Ügyfelünk!**

**E kérelemhez az alább felsorolt melléleteket kell benyújtani:**

1. A tartósan beteg, vagy súlyosan fogyatékos 24 éven aluli hozzátartozó állapotára vonatkozó orvosi szakvéleményt
2. A kérelmező nevére kiállított számla, (benzin, taxi, vagy BKK bérlet megvásárlásáról)