|  |
| --- |
| Ügyfélfogadás a Hivatal udvari épületében:  Hétfő: 8-12 és 13-16-ig  Kedd: nincs ügyfélfogadás  Szerda - Péntek: 8-12-ig. |

**KÉRELEM**

**gyermekszületési támogatás megállapítására**

**A KÉRELMEZŐ:**

Neve: ……………………………………………………………………………………………………...

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

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

Születési helye, ideje: ……………………………………………………………………………………....

Lakóhelye: ………………………………………………………………………………………………...

Tartózkodási helye: ………………………………………………………………………………………..

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: …………………………………………………………………….

Telefonszám (nem kötelező megadni): ……………………………………………………………………

**ÚJSZÜLÖTT ADATAI:**

Neve: ……………………………………………………………………………………………………...

Születési helye, ideje: ……………………………………………………………………………………...

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

Lakóhelye: ………………………………………………………………………………………………...

Tartózkodási helye: ………………………………………………………………………………………..

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: …………………………………………………………………….

Hajdúnánás, 20………………………………

…………………………………………….

kérelmező aláírása

Egyszeri természetbeni gyermekszületési támogatásra jogosult minden 2015. január 1-je után született gyermek, szülőjének kérelmére, akinek legalább egyik szülője a gyermek születését megelőző 1 éve hajdúnánási állandó lakos, vagy hajdúnánási tartózkodási hellyel rendelkezik.

A kérelmet a gyermek születését követő 90 napon belül, a Szociális Csoportnál lehet előterjeszteni. A kérelemhez mellékelni kell a gyermek születési anyakönyvi kivonatát, valamint az egyik, vagy mindkét szülő lakcímkártyájának másolatát.

Kijelentem, hogy a gyermekszületési támogatás megállapítása iránti kérelmemnek teljes egészében helyt adó döntés elleni fellebbezési jogomról lemondok. (Nemleges válasz esetén kérjük a szövegrészt áthúzással törölni!)