

Nyilatkozat

óvodás gyermekek és általános iskolai tanulók tanévkezdési támogatásához

Alulírott

Név:

.....szül.név:.....

szül.hely, idő:.....an:.....

8625 Szólád,utca.....szám alatti lakos,

kk-ú..... (szül.hely, idő:

kk-ú..... (szül.hely, idő:

kk-ú..... (szül.hely, idő:

szülője/törvényes képviselője anyagi és büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom, hogy családban az egy főre jutó jövedelem nem haladja meg Szólád Község Önkormányzata Képviselő-testületének a helyi szociális ellátásokról szóló 4/2021. (VI.11.) önkormányzati rendelet 15. §. (2) pontjában meghatározott (a szociális vetítési alap összegének tízszeresét, azaz 285. 000 Ft) összeget.

Kijelentem, hogy a közölt adatok a valóságnak megfelelnek és jelen nyilatkozattal hozzájárulok a megadott személyes adatok szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához.

Szólád, 2024.

.....

szülő/törv.képviselő/