



## Ipolypart Ápoló Gondozó Otthon és Rehabilitációs Intézet

3188 Ludányhalászi Rákóczi út 71-73.

Tel: 32/456-004, 32/456-024

Fax: 32/456-273

e-mail: [ipolypart@ipolypartotthon.hu](mailto:ipolypart@ipolypartotthon.hu)

[www.ipolypartotthon.hu](http://www.ipolypartotthon.hu)

### JÖVEDELEMNYILATKOZAT

#### Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó személyes adatok:

Név: .....

Születési név: .....

Anyja neve: .....

Születési hely, idő: .....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely: .....

*(itt azt a lakcímet kell megjelölni, ahol a kérelmező életvitelszerűen tartózkodik)*

Telefonszám (nem kötelező megadni): .....

#### Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó jövedelmi adatok:

A jövedelem típusa	Nettó összege
Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó	
Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, szellemi és más önálló tevékenységből származó	
Táppénz, gyermekgondozási támogatások	
Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások	
Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások	
Egyéb jövedelem, (fogyatékosági támogatás, családi pótlék, stb.)	
<b>Összes jövedelem</b>	

Kiskorú igénybe vevő esetén a családban élőkre vonatkozó (nettó) jövedelmi adatok: *(kizárólag kiskorú kérelmező esetén szükséges kitölteni)*

A család létszáma: .... fő	Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó	Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, szellemi és más önálló tevékenységből származó	Táppénz, gyermekgondozási támogatás	Önkormányzat és állami foglalkoztatási szervek által folyósított ellátások	Nyugellátás és más nyugdíjszerű rendszeres szoc. ellátások	Egyéb jövedelem
Az ellátást igénybe vevő kiskorú						
A közeli hozzátartozók neve, szül. ideje	Rokoni kapcsolat:					
1						
2						
3						
4						
5						
összesen						

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a közölt adatok a valóságnak megfelelnek. A térítési díj megállapításához szükséges jövedelmet igazoló bizonylatokat egyidejűleg csatoltam. Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak az eljárás során történő felhasználásához.

Dátum: .....

.....  
**Az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő) aláírása**