

A pályázat benyújtási határideje:  
folyamatos

## Pályázati Adatlap

### **Települési Támogatás egészségügyi prevenciót szolgáló védőoltások költségének részbeni átvállalása céljából**

A pályázat általános célja Budakalász Városban az egészségügyi célú prevenció erősítése. Budakalász Város Önkormányzata számára fontos a betegségek kialakulásának megelőzése, az egészség megőrzése, az egészségi állapot és az életminőség javítása, az egészség védelme.

Pályázatot nyújthat be Budakalász Város közigazgatási területen bejelentett lakóhellyel rendelkező és életvitelszerűen itt élő, szülő, törvényes képviselő, aki megfelel az alábbi kritériumok mindegyikének:

- gyermeke a pályázat benyújtásakor a 2. életévét nem töltötte be,
- meningococcus B – köznyelven fertőző agyhártyagyulladás – elleni védőoltás sorozat költségének átvállalását pályázat keretében igényli, és
- arra a házi gyermekorvosi igazolás alapján jogosult.

A támogatás összege a támogatott védőoltások árának 50%-a, amit nyertes pályázat esetén, a pályázó a támogatási szerződés aláírását követő 5 napon belül Budakalász Város Önkormányzata Raiffeisen Banknál vezetett 12001008-00173183-00100006 számú költségvetési számlájára átutal.

Pályázó neve: ..... Születési neve: .....

Anyja neve: ..... Születési hely, idő: ..... év ..... hó...nap

Telefon (a könnyebb kapcsolattartás érdekében):.....

E-mail cím: .....

Bejelentett lakóhely:     irányítószám ..... település

..... utca/út/tér/park/köz/stny./rp./krt . házsám .....ép./lph..... em. ... ajtó

Nyilatkozom, hogy életvitelszerűen lakóhelyemen élek.

*Felhívjuk figyelmét, hogy a kérelemen szereplő adatokat a népesség-nyilvántartó adatai alapján köteles kitölteni!*

Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához.

Ez úton kötelezettséget vállalok arra, hogy nyertes pályázat esetén, a védőoltássor költségeinek rám eső részének megfizetését, a támogatási szerződés aláírását követő 5 napon belül Budakalász Város Önkormányzata Raiffeisen Banknál vezetett 12001008-00173183-00100006 számú költségvetési számlájára átutalással megfizetem.

Budakalász, .....év.....hó.....nap

.....  
pályázó aláírása

gyermek neve	gyermek anyja neve	gyermek születési helye	gyermek születési ideje	TAJ száma

Tudomásul veszem, hogy az oltásokat az oltóorvos által megadott időpontokban kapja meg gyermekem. A védettség az oltási sort követően biztosított, ezért vállalom, hogy figyelemmel kísérem a teljes oltási sor beadását.

Budakalász, .....év.....hó.....nap

.....

pályázó aláírása

### **Tájékoztató a pályázat menetéről**

Eredményes pályázat esetében:

- a támogatás összege az oltássorozat költségének 50 %-a.

A pályázat csak a pályázati adatlappal és a szükséges mellékletekkel együtt érvényes.

A formailag nem megfelelő és hiányos pályázatok érdemi elbírálás nélkül a pályázati eljárásból kizárásra kerülnek.

A pályázati döntéssel kapcsolatban jogorvoslatnak nincs helye, elbírálási határidő 30 nap, a pályázat Polgármesteri hatáskörben kerül elbírálásra.

**A nyertes pályázókkal, Budakalász Város Önkormányzata támogatási szerződést köt. Amennyiben a támogatási szerződés a pályázati döntésről szóló értesítés kézhezvételétől számított 30 napon belül - a nyertes pályázónak felróható okból - nem jön létre, a döntés hatályát veszti.**

#### **A pályázat benyújtásának lehetősége:**

Személyesen: Budakalász Város Polgármesteri Hivatal ügyfélszolgálatán: 2011 Budakalász, Petőfi tér 1.

Elektronikusan: ügyfélkapun keresztül (a hivatal rövid neve: BUDAKALASZ).

#### **A pályázathoz kötelező mellékletként csatolni kell:**

PÁLYÁZATI ADATLAP

TÁMOGATOTT OLTÓANYAG IGÉNYLŐ ÉS IGAZOLÓ LAP

SZÜLŐ/TÖRVÉNYES KÉPVISELŐ LAKCÍMET IGAZOLÓ HATÓSÁGI IGAZOLVÁNYA, ill. ADÓKÁRTYA

(másolata)