

KÉRELEM
gyógyszertámogatás megállapításához

Kérelmező neve:

Születési neve:

Szül.helye, ideje:

Anyja neve:

Lakcíme:

Tartózkodási helye:

TAJ száma:

Életvitelszerűen acímen élek.

Kérelmező telefonszáma:

Közfogyógyellátásban részesülök: ☐ igen ☐ nem

Állampolgársága:

- ☐ magyar,
- ☐ bevándorolt/letelepedett,
- ☐ menekült/hontalan/oltalmazott.

A kérelmező családi körülménye:

- ☐ egyedül élő (egyszemélyes háztartásban lakik)
- ☐ házastársával, élettársával lakik együtt
- ☐ egyedülálló (hajadon, nőtlen, elvált, özvegy, házastársától külön él)

A kérelmező családjában élők száma: fő

Közeli hozzátartozó neve	Születési hely, idő	Anyja neve	Családi kapcsolat	TAJ száma

Család: egy lakásban együtt lakó, ott bejelentett lakóhellyel vagy tartózkodási hellyel rendelkező közeli hozzátartozók közössége

Kérelem indoka:

.....
.....

.....

A kérelmező és családjának jövedelmi adatai*:

A jövedelmek típusai	Kérelmező	Házastárs, élettárs	A kérelmező családjában egyéb személyek jövedelme	Összesen
1. Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó ebből: közfoglalkoztatásból származó				
2. Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó				
3. Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások (pl. rokkantsági ellátás, rehabilitációs ellátás)				
4. Táppénz, gyermekgondozási támogatások (különösen: GYED, GYES, GYET, családi pótlék, gyermektartásdíj, árvaellátás)				
5. Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások				
6. Egyéb jövedelem				
7. A család összes jövedelme				

Egy főre jutó havi nettó jövedelem (ügyintéző tölti ki): Ft

(* A kérelemhez mellékelni kell a jövedelmek valódiságát igazoló iratokat, kivéve a családtámogatási támogatások és FOT.)

Havi vényköteles rendszeres gyógyszerköltség:

Nyilatkozatok

Felelősségem tudatában kijelentem, hogy életvitelszerűen a lakóhelyemen vagy a tartózkodási helyemen élek (megfelelő rész aláhúzandó)

Tudomásul veszem, hogy a kérelemben és a vagyonyilatkozatban közölt jövedelmi adatok valóságát a szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 10. §-ának (3) bekezdése alapján a szociális hatáskört gyakorló szerv - az állami adóhatóság illetékes igazgatósága útján - ellenőrizheti.

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

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek.

Tudomásul veszem, hogy valótlan adatközlés esetén a támogatás megszüntetésre kerül, a jogosulatlanul és rosszhiszeműen igénybe vett támogatást a folyósító szerv kamattal megemelt összegben visszaköveteli.

Herend,évhónap.....nap

.....

kérelmező

.....

nagykorú hozzátartozók aláírása

Kijelentem, hogy a gyógyszer-támogatás megállapítása iránti kérelmemnek teljes egészében helyt adó döntés elleni fellebbezési jogomról lemondok.

(nemleges válasz esetén kérjük a szövegrészt áthúzással törölni!)

Herend,évhónap.....nap

.....

kérelmező

.....

nagykorú hozzátartozók aláírása

Kérelemhez csatolni kell:

- a 3. melléklet szerinti házi orvosi igazolás a havi vényköteles állandó gyógyszerköltségekről
- jövedelemigazolások

3. melléklet a 6/2015.(II.27.) önkormányzati rendelethez
(*Háziorvos tölti ki!*)

IGAZOLÁS
A kérelmező vényköteles havi rendszeres gyógyszerköltségéről

Kérelmező neve:

Születési neve:

Szül.helye, ideje:

Anyja neve:

Lakcíme:

TAJ száma:

Közgyógyellátásra jogosító igazolvánnyal rendelkezik-e: ☐ ☐ igen ☐ ☐ nem

Kérelmező rendszeresen szedett havi vényköteles gyógyszerei:

Gyógyszer neve:	biztosított által fizetendő térítési díj:
-----------------	---

.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

Herend, év.....hónap.....nap

Ph.

.....

Háziorvos aláírása