



**Sajólad Község Önkormányzat**  
3572 Sajólad, Ady E. u. 2.  
Tel.: 46/593-220 e-mail: [ph@sajolad.hu](mailto:ph@sajolad.hu)

---

## KÉRELEM

### települési támogatás – gyógyszer-támogatás megállapításához

A kérelmező neve: .....

Születési neve: .....

Anyja neve: .....

Születési helye, ideje (év, hó, nap): .....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....

A támogatás folyósítására szolgáló bankszámla száma: .....

**Kérelmezővel közös háztartásban (azonos lakcímen) élők száma: ..... fő.**

**Kérelmező háztartásában élők személyi adatai:**

	Név (születési név)	Születési helye, ideje (év, hó, nap)	Anyja neve	TAJ szám
<b>1</b>				
<b>2</b>				
<b>3</b>				
<b>4</b>				
<b>5</b>				
<b>6</b>				
<b>7</b>				

**Kérelem indoka:**

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

A kérelmező, valamint a vele közös háztartásban élő személyeknek a havi nettó jövedelme forintban:.....

	<b>A jövedelem típusa</b>	<b>Kérelmező</b>	<b>A kérelmezővel közös háztartásban élő további személyek</b>
1.	Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó ebből: közfoglalkoztatásból származó		
2.	Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó		
3.	Táppénz, gyermekgondozási támogatások		
4.	Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások		
5.	Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások		
6.	Egyéb jövedelem		
7.	<b>Összes jövedelem</b>		

**Egy főre jutó havi nettó jövedelem a kérelmező háztartásában:..... Ft/fő.**

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek és tudomásul veszem, hogy azok valóságos a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény alapján az NAV-nál ellenőrizhető.

Alulírott hozzájárulok, hogy személyi adataimat, illetve háztartásomban élők adatait a jogosultság megállapítása és teljesítése céljából felhasználják.

**Csatolt dokumentumok: (kérjük x-szel jelölni)**

..... jövedelemigazolások

..... a házi orvos vagy kezelő orvos által felírt rendszeresen vagy esetenként szedett gyógyszerek, gyógyászati segédeszköz költségének összegéről szóló igazolás vagy bizonylat.

..... közgyógyellátás elutasítására vonatkozó határozat

..... vagyony nyilatkozat

Sajólad, 202.....

.....  
kérelmező