

2. számú függelék a
.../2018. (VI.8.) önkormányzati rendelethez
a települési támogatás megállapításáról, kifizetéséről,
folyósításáról valamint felhasználása ellenőrzéséről

K É R E L E M

gyógyszertámogatás megállapítására

1. Személyi adatok

1.1. A kérelmező személyre vonatkozó adatok:

- 1.1.1. Neve:
- 1.1.2. Születési neve:
- 1.1.3. Anyja neve:
- 1.1.4. Születés helye, ideje (év, hó, nap):
- 1.1.5. Lakóhelye:
- 1.1.6. Tartózkodási helye:
- 1.1.7. Társadalombiztosítási Azonosító Jele:
- 1.1.8. Állampolgársága:
- 1.1.9. Telefonszám (nem kötelező megadni):
- 1.1.10. Fizetési számlaszám, számlát vezető pénzügyi intézet neve: (akkor kell megadni, ha a folyósítást fizetési számlára kéri)
.....-.....-.....

1.1.11. A kérelmező idegenrendészeti státusza (nem magyar állampolgár esetén):

(megfelelő válasz aláhúzendő)

- szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező,
- EU kék kártyával rendelkező,
- bevándorolt/letelepedett vagy
- menekült/oltalmazott/hontalan

1.1.12. Családi állapota (megfelelő válasz aláhúzendő)

- házas és házastársával él
- házas, de házastársától külön él
- hajadon/nőtlen
- elvált
- özvegy
- élettársával él
- egyedül él

1.2. Kérelmező háztartásában élők személyi adatai:

	A	B	C	D
	Név (születési név)	Születési helye, ideje (év, hó, nap)	Anyja neve	Társadalombiztosítási Azonosító Jele
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

2. Jövedelmi adatok

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

	A	B	C				
	A jövedelem típusa	Kérelmező	A kérelmezővel közös háztartásban élő további személyek				
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.	Összes jövedelem						
	az egy főre jutó családi nettó jövedelem:						

3. A kérelem indoklása:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4.. Felelősségem tudatában **kijelentem, hogy:**

- részemre nem került közgyógyellátásra való jogosultság megállapításra sem alanyi, sem normatív jogcímen,
- a gyógyszer támogatásra való jogosultság feltételeit érintő lényeges tények, körülmények megváltozásáról 15 napon belül értesítem az ellátást megállapító szervet
- Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához
- a kérelemben szereplő adatok a valóságnak megfelelnek

Tudomásul veszem, hogy:

- valótlan adatközlés esetén a gyógyszer támogatás megszüntetésre kerül, a jogosulatlanul és rosszhiszeműen igénybe vett támogatást pedig kamatokkal növelt összegben vissza kell fizetni az önkormányzat részére
- a kérelemben közölt jövedelmi adatok valódiságát a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 10. § (7) bekezdése alapján a szociális hatáskört gyakorló szerv a Nemzeti Adó- és Vámhivatal hatáskörrel és illetékességgel rendelkező igazgatósága útján ellenőrizheti.

Kelt:

.....
kérelmező aláírása

.....
a háztartás nagykorú tagjainak aláírása

IGAZOLÁS A GYÓGYSZERTÁMOGATÁST IGÉNYLŐ TÁRSADALOMBIZTOSÍTÁSBA BEFOGADOTT HAVI RENDSZERES GYÓGYSZERKÖLTSÉGRŐL

Kérelmező neve:

Születési neve:

Születési helye:, születési ideje:év,
hónapnap

Anyja neve:.....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:-.....-.....

Közgyógyellátási igazolvánnyal rendelkezik: igen nem

A kérelmező rendszeresen szedett havi gyógyszerei és azok térítési díja

gyógyszer neve	fizetendő térítési díj
összesen:	Ft

Dátum:

.....

házi orvos aláírása p.h.

.....

gyógyszerész aláírása p.h.

Figyelem: A háziorvos és a gyógyszerész aláírása és bélyegző lenyomata nélkül az igazolás érvénytelen!