

**KÉRELEM  
GYÓGYSZERKÖLTSÉGEK VISELÉSÉHEZ NYÚJTOTT TELEPÜLÉSI TÁMOGATÁS  
MEGÁLLAPÍTÁSÁHOZ**

**A kérelmező személyre vonatkozó adatok:**

Neve: \_\_\_\_\_

Születési neve: \_\_\_\_\_

Anyja neve: \_\_\_\_\_

Születési hely, év, hó, nap: \_\_\_\_\_

Lakóhely: \_\_\_\_\_

Tartózkodási hely: \_\_\_\_\_

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: \_\_\_\_\_

Telefonszám (célszerű megadni): \_\_\_\_\_

Kérelmező családjában (közös háztartásban élő közeli hozzátartozók\*) száma: \_\_\_\_\_ fő

**Kérelmező háztartásában élők személyes adatai:**

| Név (születési név) | Születési helye,<br>ideje (év, hó, nap) | Anyja neve | TAJ-szám | Hozzátartozói<br>minőség<br>(férj, feleség,<br>gyermek, testvér<br>stb.) |
|---------------------|-----------------------------------------|------------|----------|--------------------------------------------------------------------------|
|                     |                                         |            |          |                                                                          |
|                     |                                         |            |          |                                                                          |
|                     |                                         |            |          |                                                                          |
|                     |                                         |            |          |                                                                          |
|                     |                                         |            |          |                                                                          |

**A kérelem részletes indoklása:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**\*Közeli hozzátartozó:**

- a házastárs, az élettárs,
- a húszévesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező; a huszonhárom évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, nappali oktatás munkarendje szerint tanulmányokat folytató; a huszonöt évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, felsőoktatási intézmény nappali tagozatán tanulmányokat folytató vér szerinti gyermek, örökbe fogadott gyermek, mostohagyermek és a Ptk. szerinti gyermekvédelmi nevelőszülő által e jogviszonya keretében nevelt gyermek kivételével a nevelt gyermek (a továbbiakban: nevelt gyermek),
- korhatárra való tekintet nélkül a tartósan beteg, az autista, illetve a testi, érzékszervi, értelmi vagy beszéd fogyatékos vér szerinti, örökbe fogadott, mostoha-, illetve nevelt gyermek, amennyiben ez az állapot a gyermek 25. életévének betöltését megelőzően is fennállt (a továbbiakban: fogyatékos gyermek),
- a 18. életévét be nem töltött gyermek vonatkozásában a vér szerinti és az örökbe fogadó szülő, a szülő házastársa vagy élettársa, valamint a testvér.

**Jövedelmi adatok:**

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

| A jövedelem típusa                                                                                               | Kérelmező | A kérelmezővel közös háztartásban élő személyek |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------------------------------------------|
| 1. Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó jövedelem, ebből: közfoglalkoztatásból származó |           |                                                 |
| 2. Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó           |           |                                                 |
| 1. Táppénz, gyermek-gondozási 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:                                                                                             |           |                                                 |

**A kérelmező háztartásában az egy főre eső jövedelem összege:** \_\_\_\_\_,-Ft

**Nyilatkozatok:****Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy**

- közgyógyellátásban részesülök / nem részesülök\* (a megfelelő rész aláhúzendó)
- életvitelszerűen a lakóhelyemen vagy a tartózkodási helyemen élek\* (a megfelelő rész aláhúzendó),
- a közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Kijelentem, hogy kedvező elbírálás esetén a jogorvoslat lehetőségéről lemondok.

Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt jövedelmi adatok valódiságát a szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 10. §-ának (7) bekezdése alapján a szociális hatáskört gyakorló szerv - a Nemzeti Adó- és Vámhivatal hatáskörrel és illetékességgel rendelkező adóigazgatósága útján - ellenőrizheti.

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

Mellékletként csatolandó a háztartás tagjainak jövedelemigazolása, vagyonnyilatkozata és a háziorvos által kiadott igazolás.

Laskod, \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hónap \_\_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
kérelmező

**HÁZIORVOSI IGAZOLÁS**  
**A VÉNYKÖTELES GYÓGYSZEREK IGAZOLT KÖLTSÉGÉRŐL**

**A kérelmező személyre vonatkozó adatok:**

Neve: \_\_\_\_\_

Születési neve: \_\_\_\_\_

Anyja neve: \_\_\_\_\_

Születési hely, év, hó, nap: \_\_\_\_\_

Lakóhely: \_\_\_\_\_

Tartózkodási hely: \_\_\_\_\_

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: \_\_\_\_\_

Telefonszám (célszerű megadni): \_\_\_\_\_

**A kérelmező által rendszeresen szedett gyógyszerek havi bontásban:**

| Vényköteles gyógyszerek<br>megnevezése | Igazolt költség (Ft/doboz) |
|----------------------------------------|----------------------------|
|                                        |                            |
|                                        |                            |
|                                        |                            |
|                                        |                            |
|                                        |                            |
|                                        |                            |
|                                        |                            |
|                                        |                            |
|                                        |                            |
|                                        |                            |

Az általam igazolt adatok a valóságnak megfelelnek.

Laskod, \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hónap \_\_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_

házi orvos aláírása