

## KÉRELEM

### települési gyógyszer támogatás megállapítása iránt

#### 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: .....irányítószám .....

település ..... utca/út/tér ..... házszám ..... épület/lépcsőház .....

emelet, ajtó

1.1.6. Tartózkodási helye: ..... irányítószám .....

település ..... utca/út/tér ..... házszám ..... épület/lépcsőház .....

emelet, ajtó

1.1.7. Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....

1.1.8. Állampolgársága: .....

1.1.9. Telefonszám (kérjük megadni): .....

1.1.10. E-mail cím (nem kötelező megadni): .....

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

1.3. Kérelmező háztartásában élők személyi adatai:

	Név	Születési hely, év, hó, nap	Anyja neve	TAJ szám
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				

## 2. Jövedelmi adatok

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

A jövedelem típusa	Kérelmező	A kérelmezővel közös háztartásban élő további személyek
Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó ebből: közfoglalkoztatásból származó		
Társas és egyéb vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó		
Táppénz, gyermekgondozási támogatások		
Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások		
Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások		
Egyéb jövedelem		
Összes jövedelem		

4.3. Felelősségem tudatában kijelentem, hogy

a) életvitelszerűen a lakóhelyemen/a tartózkodási helyemen élek\* (a megfelelő rész aláhúzandó),

b) a közölt 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. Amennyiben a jogosultsági feltételekben változás következik be (különös tekintettel a közgyógyellátásra való jogosultság megállapításához), úgy azt 15 napon belül bejelentem a Polgármesteri Hivatal Igazgatási Csoportjához.

Tudomásul veszem, hogy a támogatásra való jogosultság feltétele a lakókörnyezet rendezettsége, melyről a Hajdúbagosi Polgármesteri Hivatal munkatársai helyszíni szemle során meggyőződhetnek.

Tudomásul veszem, hogy 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 adóigazgatósága útján - ellenőrizheti.

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

Hajdúbagos,.....

.....  
kérelmező aláírása

.....  
a háztartás nagykorú tagjainak aláírása

Megjegyzés:

**Ha a kérelmező, vagy családtagja bármely vagyontárgyból egynél többel rendelkezik, akkor a vagyonyilatkozat megfelelő pontját a vagyontárgyak számával egyezően kell kitölteni. Az újabb vagyonyilatkozathoz szükséges nyomtatványt kérje az ügyintézőtől!**

Amennyiben a vagyonyilatkozatban feltüntetett vagyon nem, a Magyar Köztársaság területén van, a forgalmi értéket a vagyon helye szerinti állam hivatalos pénznemében is fel kell tüntetni.

\* Becsült forgalmi értéként az ingatlannak a településen szokásos forgalmi értékét kell feltüntetni.

\*\* Becsült forgalmi értéként a jármű kora és állapota szerinti értéket kell feltüntetni.

A kérelemhez csatolni kell:

- a családban élő személyek jövedelemigazolását,
- a házi orvos igazolását a rendszeres gyógyszer szükségletéről, és várható szükségességének időtartamáról zárt borítékban,
- a hajdúbagosi gyógyszer társ igazolását a házi orvos által igazolt gyógyszer szükséglet térítési díjáról.

## Háziorvosi igazolás a havi rendszeres gyógyszeres szükségletről

### A gyógyszer támogatást kérelmező személyes adatai:

Neve: .....  
Születési neve: .....  
Anyja neve: .....  
Születési hely, év, hó, nap: .....  
Lakóhely: .....  
Tartózkodási hely: .....  
Társadalombiztosítási Azonosító jele: .....

### A háziiorvosra vonatkozó adatok:

A háziiorvos neve: .....  
Személy-specifikus orvosi bélyegzőjének száma: .....  
Ágazati azonosító: .....  
ÁNTSZ engedély száma: .....  
Rendelő/munkahely neve, címe: .....  
Telefonszáma: .....

A szociális, valamint gyermekvédelmi ellátások helyi szabályairól szóló 2/2015. (II.26.) számú önkormányzati rendelet 14.-15.§-ában foglalt rendelkezések alapján a fent nevezett személy gyógyszeres szükségletét az alábbiak szerint igazolom:

Betegség megnevezése	Gyógyszer megnevezése	Napi adagolás	Szükségességének várható időtartama	Megjegyzés

Hajdúbagos, .....

P. H.

.....  
Háziorvos aláírása

## Helyi gyógyszertár igazolása a havi rendszeres gyógyszerköltségről

### A gyógyszer támogatást kérelmező személyes adatai:

Neve: .....  
Születési neve: .....  
Anyja neve: .....  
Születési hely, év, hó, nap: .....  
Lakóhely: .....  
Tartózkodási hely: .....  
Társadalombiztosítási Azonosító jele: .....

### A gyógyszertárra vonatkozó adatok:

A gyógyszertár neve: .....  
Címe: .....  
Képviselőjének neve: .....  
Telefonszáma: .....

A szociális, valamint gyermekvédelmi ellátások helyi szabályairól szóló 2/2015. (II.26.) számú önkormányzati rendelet 14.-15.§-ában foglalt rendelkezések alapján a fent nevezett személy gyógyszerköltségét az alábbiak szerint igazolom:

Gyógyszer megnevezése	A gyógyszer ára

Nevezett gyógyszerköltsége összesen: ..... Ft.

Hajdúbagos, .....

.....  
a gyógyszertár  
képviselőjének aláírása