

K É R E L E M GYÓGYSZERTÁMOGATÁS MEGÁLLAPÍTÁSÁRA

1. Személyi adatok

Az ellátást igénylő neve:

Születési neve:

Anyja neve.....

Szül. hely, :szül idő.....

Családi állapota:Taj száma.....

Bejelentett lakóhely

Tartózkodási helye:

A személyi adatait a kérelme beadásakor a személyi okmányaival igazolnia kell !

Kérem, hogy részemre **gyógyszerköltség támogatást** megállapítani szíveskedjenek.

Nyilatkozom, hogy,

közgyógyellátásra jogosító igazolvánnyal **rendelkezem**, ---- **nem rendelkezem.***

2. A háztartás adatai

A fent megjelölt tartózkodási helyen együtt élő, ott bejelentett lakóhellyel, vagy tartózkodási hellyel rendelkező közeli hozzátartozók: fő. / az igénylő kivételével /

	NÉV	Szül. hely	Szül. idő	Rokoni kapcsolat	Havi jövedelem
1.)					
2.)					
3.)					
4.)					
5.)					
6.)					
				Jövedelem / fő :	

Kismarja, 201... hó nap

.....
aláírás

KÉRELMEHEZ CSATOLNI KELL az alábbi iratokat:

- az Ön, valamint a családjában élő közeli hozzátartozók a kérelem benyújtását megelőző havi nettó jövedelméről szóló igazolás. A jövedelmekről a típusának megfelelő igazolást, vagy annak fénymásolatát (nyugdíjszelvény, munkáltatói igazolás, szerződés stb.) kell csatolni.
- 18. életévet betöltött tanulói, vagy hallgatói jogviszonyban álló gyermeke iskolalátogatási igazolását,
- tanulóviszonyban, vagy munkaviszonyban nem álló (20 év alatti) családtagja nyilatkozatát arról, hogy jövedelemmel rendelkezik-e vagy sem,
- Igazolás gyógyszer és gyógyászati hozzájáruláshoz nyomtatványt melyet a háziorvossal, vagy szakorvossal kell kitölteni, majd azt követően gyógyszertárban, gyógyászati segédeszköz boltban beáraztatni.

=====

I G A Z O L Á S G Y Ó G Y S Z E R -, É S G Y Ó G Y Á S Z A T I H O Z Z Á J Á R U L Á S H O Z

(A háziorvos, vagy szakorvos állítja ki!)

Igazolom, hogy (név) szül. hely:

szül. idő: anyja neve:

TAJ száma:Kismarja, szám alatti lakos

A.) *az alábbi gyógyszereket szedi:

B.) *részére az alábbi gyógyászati segédeszköz megvásárlása szükséges az egészségi állapot megőrzéséhez és helyreállításához:

A megfelelő aláhúzendő. Az „A” és „B” pont esetén **amennyiben az igénylő a gyógyszereket, gyógyászati segédeszközöket **rendszeresen használja**, kérjük szíveskedjen megjelölni az **1 havi mennyiséget**.*

A feltüntetett gyógyszerek árát gyógyszerertár, gyógyászati segédeszközök árát a gyógyszerertár vagy a gyógyászati segédeszközöket árusító szaküzlet igazolja.

Gyógyszer, gyógyászati segédeszköz (gyógyszer neve/havi adag) (házi orvos, szakorvos tölti ki)	Ft (gyógyszerertár tölti ki)	Gyógyszer, gyógyászati segédeszköz (gyógyszer neve/havi adag) (házi orvos, szakorvos tölti ki)	Ft (gyógyszerertár tölti ki)

A gyógykezelés várható időtartamahónap

Kismarja, 201... hó nap

Ph

.....

orvos

