

**MEZŐTÚRI KÖZÖS ÖNKORMÁNYZATI HIVATAL**

Hatósági Osztály Szociális Hatósági Csoport

5400 Mezőtúr, Kossuth Lajos tér 1.

---

**KÉRELEM**

**települési gyógyszer támogatás megállapítása iránt**

Kérelmező neve:

---

Születési neve:

---

Állandó lakcíme:

---

Tartózkodási helye:

---

Életvitelszerűen:  lakóhelyemen  
 tartózkodási helyemen élek

TAJ száma:

---

Születési hely:

---

Születési idő (év, hónap, nap):

---

Anyja neve:

---

Családi állapota:  egyedülálló  
 házastársával/élettársával/bejegyzett élettársával lakik együtt

Állampolgársága:

---

Telefonszáma:

---

E-mail címe:

---

Számlaszáma:

---

Számlavezető pénzüintézet neve:

---

**A kérelem benyújtásának időpontjában a települési gyógyszer támogatást kérővel közös háztartásban élő, ott bejelentett lakó-, vagy tartózkodási hellyel rendelkező közeli hozzátartozók adatai:**

1. A kérelmező családjában élő közeli hozzátartozók száma ..... fő.

2. A kérelmező családjában élő közeli hozzátartozók adatai:

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

**Család:** egy lakásban, vagy személyes gondoskodást nyújtó bentlakásos szociális, gyermekvédelmi intézményben együtt lakó, ott bejelentett lakóhellyel vagy tartózkodási hellyel rendelkező közeli hozzátartozók közössége.

**Közeli hozzátartozó:**

- a) a házastárs, az élettárs,  
 b) 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, örökbe fogadott, illetve nevelt gyermek,  
 c) korhatárra való tekintet nélkül a tartósan beteg, az autista, illetve a testi, érzékszervi, értelmi vagy beszéd fogyatékos vér szerinti, örökbe fogadott, illetve nevelt gyermek, amennyiben ez az állapot a gyermek 25. életévének betöltését megelőzően is fennállt (a továbbiakban: fogyatékos gyermek),  
 d) a 18. életévét be nem töltött gyermek vonatkozásában a vér szerinti és az örökbe fogadó szülő, illetve a szülő házastársa vagy élettársa;

**Háztartás:** az egy lakásban együtt lakó, ott bejelentett lakóhellyel vagy tartózkodási hellyel rendelkező személyek közössége.)

**Jövedelmi adatok:**

A jövedelmek típusai	Kérelmező jövedelme	A kérelmezővel közös háztartásban élő házastárs (élettárs) jövedelme	A kérelmező családjában élő egyéb hozzátartozó jövedelme			Összesen
1. Munkaviszonyból, közfoglalkoztatásból, munkavégzésre irányuló egyéb jogviszonyból származó jövedelem és táppénz						
2. Társas és egyéni vállalkozásból, östermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó jövedelem						
3. Gyermekgondozási támogatások (GYES, GYED, GYET, családi pótlék, gyermektartásdíj, stb.)						
4. Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások						
5. Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások						
6. Egyéb jövedelem						
<b>7. Összes jövedelem</b>						

**Ügyintéző tölti ki!**

**Családtagok száma:** \_\_\_\_\_

**A család összjövedelme:** \_\_\_\_\_

**A család egy főre jutó havi nettó jövedelme:** \_\_\_\_\_

Azzal a kéressel fordulok Mezőtúr Város Polgármesteréhez, hogy részemre települési gyógyszer támogatást szíveskedjen megállapítani, mivel gyógyszereim költségének viselése a saját és családom létfenntartását veszélyezteti.

Mezőtúr, .....

\_\_\_\_\_  
aláírás

### **NYILATKOZAT**

A kérelemben közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt jövedelmi adatok valóságát 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 adóigazgatása útján – ellenőrizheti.

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

Tudomásul veszem, hogy kérelmemhez csatolnom szükséges a Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Kormányhivatal Mezőtúri Járási Hivatalának elutasító határozatát a közgyógyellátásról, valamint a háziorvos által kiállított gyógyszerköltség igazolást.

Tudomásul veszem, hogy köteles vagyok a kérelemben foglalt adatokban és körülményekben bekövetkezett változásokról 15 napon belül a Mezőtúri Közös Önkormányzati Hivatal Hatósági Osztály Szociális Hatósági Csoportját értesíteni.

Tudomásul veszem, hogy a valótlan adatközléssel jogosulatlanul és rosszhiszeműen igénybevett támogatást a folyósító szerv kamattal megemelt összegben visszaköveteli.

Mezőtúr, .....

\_\_\_\_\_  
aláírás

Háziorvos igazolása a jelentkező betegségekről, kezelésekről

A beteg neve:

---

TAJ száma:

---

Lakcíme:

---

A betegség, kezelés időtartama:\*

- alkalmoszerű

- rendszeres: \_\_\_\_\_ hónap (hosszabb távú gyógyszeres kezelés min. 6 hónap, de a támogatást max. 12 hónapra lehet megállapítani)

\*(a megfelelő rész aláhúzendó/kitöltendő)

A felírt gyógyszerek megnevezése, mennyisége és értéke:

---

---

---

---

---

---

---

---

Mezőtúr, 20..... év ..... hónap ..... nap

P.H

---