

NJ.:

Előzmény: \_\_\_\_\_

Érkezett: \_\_\_\_\_

## KÉRELEM

### gyógyszer-kiváltás és védőoltás települési támogatásának megállapítására

#### 1. A kérelmező személyre vonatkozó adatok:

Neve: .....

Születési neve: .....

Anyja neve: .....

Születési helye, ideje (év, hó, nap): .....

Lakóhelye: .....

Tartózkodási helye: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele (TAJ-szám): .....

Állampolgársága: .....

Telefonszám (nem kötelező megadni): .....

A kérelmező idegenrendészeti státusza (nem magyar állampolgárság esetén):

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

#### 2. A jogosultsági feltételekre vonatkozó adatok

##### 2.1 Kérem a

- ☐ gyógyszer-kiváltás,
- ☐ .....védőoltás

települési támogatásának megállapítását magam részére, szociális helyzetemre tekintettel.

##### 2.2 Kérem a

- ☐ gyógyszer-kiváltás,
- ☐ .....védőoltás

települési támogatásának megállapítását .....nevű  
gyermekem részére, szociális helyzetünkre tekintettel.

A rendszeres gyermekvédelmi kedvezmény gyermekem számára

- ☐ megállapításra került
- ☐ nem került megállapításra.

#### 3. A közeli hozzátartozókra és jövedelmükre vonatkozó adatok

##### 3.1. A kérelmező családi körülménye:

- ☐ egyedül élő,
- ☐ nem egyedül élő.

3.2. A kérelmező családjában, a kérelmezővel azonos lakcímen élő közeli  
hozzátartozók száma: ..... fő.

|    | A                                        | B          | C                                    | D                                     | E                             | F           |
|----|------------------------------------------|------------|--------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|-------------|
| 1. | Közei hozzátartozó neve (születési neve) | Anyja neve | Születési helye, ideje (év, hó, nap) | Társadalom-biztosítási Azonosító Jele | Családi kapcsolat megnevezése | Megjegyzés* |
| 2. |                                          |            |                                      |                                       |                               |             |
| 3. |                                          |            |                                      |                                       |                               |             |
| 4. |                                          |            |                                      |                                       |                               |             |
| 5. |                                          |            |                                      |                                       |                               |             |
| 6. |                                          |            |                                      |                                       |                               |             |

### 3.3 Kijelentem, hogy

a)\* életvitelszerűen a lakóhelyemen/a tartózkodási helyemen élek

(\*A megfelelő rész aláhúzendó. Ezt a nyilatkozatot csak abban az esetben kell megtenni, ha egyidejűleg bejelentett lakó- és tartózkodási hellyel is rendelkezik.),

b) a családban élő közei hozzátartozóként feltüntetett személyek életvitelszerűen az enyémmel megegyező lakcímen élnek,

c) a közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

A kérelmező, valamint a családban élő közei hozzátartozók havi jövedelme forintban:

|    | A                                                                                                     | B         | C                                   |  |  |  |  |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------------------------------|--|--|--|--|
| 1. | A jövedelem típusa                                                                                    | Kérelmező | A családban élő közei hozzátartozók |  |  |  |  |
| 2. | Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó<br>ebből közfoglalkoztatásból származó: |           |                                     |  |  |  |  |
|    |                                                                                                       |           |                                     |  |  |  |  |
| 3. | Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó   |           |                                     |  |  |  |  |
| 4. | Táppénz, gyermekgondozási támogatások                                                                 |           |                                     |  |  |  |  |
| 5. | Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások                                      |           |                                     |  |  |  |  |
| 6. | Önkormányzat, járási hivatal és állami foglalkoztatási szerv által folyósított ellátások              |           |                                     |  |  |  |  |
| 7. | Egyéb jövedelem                                                                                       |           |                                     |  |  |  |  |
| 8. | Összes jövedelem                                                                                      |           |                                     |  |  |  |  |

Egy főre jutó havi jövedelem:.....Ft.

#### 4. Nyilatkozatok

4.1. ☐ A gyógyszer-kiváltás települési támogatás kézbesítését lakcímemre postai úton kérem.

4.2. ☐ A gyógyszer-kiváltás települési támogatás folyószámlámra történő utalását kérem, amelynek adatai:  
pénzforgalmi szolgáltató neve:.....  
számlaszám:.....

4.3. Kijelentem, hogy az ellátásra való jogosultság feltételeit érintő lényeges tények, körülmények megváltozásáról 15 napon belül értesítem az ellátást megállapító szervet.

### I. Nyilatkozat

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a jelen kérelemben közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Tudomásul veszem, hogy a jelen kérelemben közölt adatok valódiságát a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény (a továbbiakban: Szt.) 10. § (6)-(7) bekezdésében foglaltak alapján, ha a kérelmező életkörülményeire tekintettel a hatóság vitatja a jövedelemnyilatkozatban foglaltakat, felhívja a kérelmezőt az általa lakott lakás, illetve saját és családja tulajdonában álló vagyon fenntartási költségeit igazoló dokumentumok benyújtására. Abban az esetben, ha a fenntartási költségek meghaladják a jövedelemnyilatkozatban szereplő jövedelem 50%-át, a jövedelem a fenntartási költségek figyelembevételével vélelmezhető.

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

Orosháza, ..... (év) ..... (hónap) ..... (nap)

.....  
kérelmező/törvényes képviselő

.....  
kérelmező házastársa/élettársa

.....  
a családban élő nagykorú közeli hozzátartozók aláírásai

### II. Nyilatkozat

Alulírott nyilatkozom, hogy az ügyemben hozott döntés mielőbbi véglegessé válása érdekében e kérelmem teljesítése esetén lemondok az általános közigazgatási rendtartásról szóló 2016. évi CL. törvény (a továbbiakban: Ákr.) 116. § (2) bekezdés a) pontjában biztosított fellebbezési jogomról az Ákr. 82. § (3) bekezdés a) pontja alapján.

Orosháza, ..... (év) ..... (hónap) ..... (nap)

.....  
kérelmező/törvényes képviselő

**A kérelemhez mellékelni kell:**

1. jövedelemnyilatkozatot alátámasztó jövedelemigazolásokat a háztartás valamennyi tagjára vonatkoztatva az előző hónap jövedelméről; nem havi rendszerességgel járó, fix jövedelem esetében az előző 12 hónap jövedelmének 1/12-ed részéről szóló igazolást,
2. háziorvosi igazolást a havi rendszeres gyógyszer szükségletéről, a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő által közzétett, a társadalombiztosítási támogatásba befogadott gyógyszerköltségről kiállított gyógyszerértéki igazolással együtt,
3. a járási hivatal végleges, 3 hónapnál nem régebbi határozatát az alanyi és normatív közgyógyellátás iránti kérelem elutasításáról,
4. a védőoltás települési támogatás kérelméhez: hatályos határozatot a rendszeres gyermekvédelmi kedvezmény megállapításáról, ha az nem Orosházán készült (az 1-3. pontban foglalt dokumentumokat ez esetben nem kell becsatolni), a házi orvos, házi gyermekorvos igazolását a védőoltás időszerűségéről, az oltóanyag szükségletéről és költségéről vagy az oltóanyag névre szóló, beárazott receptjét.”

## Háziorvosi igazolás

A kérelmező személyes adatai

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

A háziorvosi igazolás kiadásának célja

- ☐ a gyógyszer-kiváltás települési támogatására való jogosultság megállapítása,
- ☐ a gyógyszer-kiváltás települési támogatásának a felülvizsgálata.

(A megfelelő választ X-szel kell jelölni.)

*II. A társadalombiztosítás által támogatott, tartósan alkalmazott, havi rendszerességgel rendelt gyógyszerek adatai:*

| Gyógyszer megnevezése | Gyógyszerforma | Hatóanyag megnevezése | A hatóanyag napi mennyisége | Napi adagolás | Megjegyzés |
|-----------------------|----------------|-----------------------|-----------------------------|---------------|------------|
|                       |                |                       |                             |               |            |
|                       |                |                       |                             |               |            |
|                       |                |                       |                             |               |            |
|                       |                |                       |                             |               |            |

A táblázatban valamennyi, a kérelmező által havi rendszerességgel, tartósan szedett, tb-támogatásba befogadott gyógyszert fel kell tüntetni.

*III. Háziorvosra (intézményi orvosra) vonatkozó adatok, a háziorvos nyilatkozata*

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

Kijelentem, hogy az igazolásban feltüntetett gyógyító ellátásra vonatkozó szükséglet kizárólag a gyógyszer-támogatást igénylő személy orvosi dokumentációjában igazolt kezelése alapján került megállapításra.

Dátum: .....

.....

P.H.

házi orvos aláírása"