

Klárafalva Községi Önkormányzat
6773 Klárafalva, Kossuth u. 171.
Tel, fax: 62/529-000

KÉRELEM
GYÓGYSZERKIADÁSOK TÁMOGATÁSÁNAK MEGÁLLAPÍTÁSÁHOZ

Kérelmező neve:

Születési neve :

Anyja neve: **Családi állapota:**.....

Születési helye: **Ideje:**év.....hó.....nap

TAJ száma:

Állampolgársága:

Lakóhelye:.....település.....út/utca/tér/köz
.....szám.

Tartózkodási helye:.....település.....út/utca/tér/köz
.....szám.

Telefonszám/elérhetőség (kitöltése önkéntes):

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.

Az önkormányzati segély iránti kérelem indokolása:

.....
.....
.....

Kijelentem, hogy életvitelszerűen:

- lakóhelyemen**
- tartózkodási helyemen**
tartózkodom.

(kérjük a megfelelő X-el jelölje)

Kérelmező családtagjainak személyi adatai:

Név	Születési hely év, hó, nap	Anyja neve	Rokoni kapcsolat	TAJ szám

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

A jövedelem típusa	A kérelmező jövedelme	Házastárs (élettárs) jövedelme	Gyermek jövedelme	A kérelmezővel közös háztartásban élő egyéb rokon jövedelme	
Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó ebből: közfoglalkoztatásból származó					
Társas és egyéni 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					

Egy főre jutó havi családi nettó jövedelem (ügyintéző tölti ki!): Ft/hó.

Alulírott büntetőjogi felelősségem birtokában kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek, és hozzájárulok az általam közölt adatok valódiságának leellenőrzéséhez.
Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához.

Dátum:

.....

kérelmező aláírása

Klárafalva Községi Önkormányzat
6773 Klárafalva, Kossuth u. 171.
Tel, fax: 62/529-000

.... számú melléklet a .../2023.(.....) Önkormányzati rendelethez

Háziorvosi igazolás

I. A kérelmező személyes adatai

Neve:.....
Születési neve:
Anyja neve:
Születési hely, év, hó, nap:
Lakóhely:
Tartózkodási hely:
Társadalombiztosítási Azonosító Jele:
A háziorvosi igazolás kiadására önkormányzati gyógyszerkiadási támogatás megállapítása céljából kerül sor.

II. A társadalombiztosítás által támogatott, tartósan alkalmazott gyógyító ellátási szükségletre vonatkozó adatok

1. Havi rendszerességgel rendelt gyógyszerek:

A betegség BNO kódja	ATC kód	TTT kód	Gyógyszer megnevezése	Gyógyszerforma	Hatóanyag megnevezése	A hatóanyag napi mennyisége	Napi adagolás	Gyógyszerrendelésére vonatkozó jelzés*	Szakorvos pecsét száma**	Megjegyzés

* Ebben a rovatban a 44/2004. (IV. 28.) ESzCsM rendelet 2. § (2) bekezdése szerinti jelzést kell feltüntetni.

** Ezt a rovatot akkor kell kitölteni, ha a gyógyszert csak szakorvos rendelheti vagy a javaslatot a szakorvos tette.

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

A „Megjegyzés” rovatban kell jelezni:

- ha a hatóanyagnak megfelelő készítmény rendelése indikációhoz kötött kiemelt vagy emelt támogatással történik, vagy

- a hatóanyag valamely formájával vagy bármely összetevővel szemben esetleg fennálló érzékenységet.

2. Gyógyászati segédeszközök és orvosi rehabilitáció céljából havonta rendszeresen rendelt gyógyító ellátások:

Szükséges eszköz, illetve kezelés				
A betegség BNO kódja	ISO kód/GYF szolgáltatás kód	formája, megnevezése	rendelésének, ill. alkalmazásának gyakorisága (havi mennyisége)	Szakorvos pecsét száma*

* Ezt a rovatot akkor kell kitölteni, ha a javaslatot a szakorvos tette.

III. Házi orvosra (intézményi orvosra) vonatkozó adatok, a házi orvos nyilatkozata

A házi orvos neve:

Személy-specifikus orvosi bélyegzőjének száma:

Ágazati azonosító:

ÁNTSZ engedély száma:

Rendelő/munkahely neve, címe:

Telefonszáma:

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

Dátum:

P. H.

.....
házi orvos aláírása