

Kérelem
települési gyógyszerátogatás megállapítására

1. A kérelmező személyes adatai

Neve: _____

Születési neve: _____

Születési hely, év, hó, nap: _____

Anyja neve: _____

Családi állapota: _____

Lakóhely: _____

Tartózkodási hely: _____

Telefonszám: (nem kötelező megadni) _____

TAJ száma: _____

2. A háztartásban élők személyére és jövedelmére vonatkozó adatok

a) A háztartásban élők adatai

(háztartás: az egy lakásban együtt lakó, ott bejelentett lakóhellyel vagy tartózkodási hellyel rendelkező személyek közössége)

Név (születési név)	Születési hely, év, hónap, nap	Anyja neve	Társadalombiztosítási Azonosító Jel
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

b) Jövedelmi adatok

A jövedelem típusa	Kérelmező	A háztartásban élők			
1. Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó ebből: közfoglalkoztatásból származó					
2. Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó					
3. Táppénz, gyermekgondozási támogatások					
4. Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások					
5. Önkormányzat, járási hivatal és az állami foglalkoztatási szerv által folyósított rendszeres pénzbeli ellátások					
6. Egyéb jövedelem					
7. Összes jövedelem					

EGY FŐRE JUTÓ HAVI NETTÓ JÖVEDELEM: _____ Ft.

A részemre megállapított támogatást az alábbiak szerint kérem kifizetni:

(A megfelelő rész aláhúzendó!)

posta útján - lakóhelyemre

- tartózkodási helyemre

lakossági folyószámlára utalással:

számlaszám: _____

a folyószámlát vezető pénzintézet neve: _____

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem,

- hogy a kérelemben közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

- életvitelszerűen lakó / tartózkodási helyemen élek *(a megfelelő aláhúzendó)*

- hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához.

Kelt: _____

kérelmező aláírása

A kérelemhez minden esetben mellékelni kell:

- A kérelmező, valamint a háztartásában lakó valamennyi személy jövedelmének igazolása,

(rendszeres jövedelem esetén a kérelem benyújtását megelőző hónap jövedelme, nem rendszeres jövedelem esetén, illetve, ha alkalmi munkát végeznek, abból származó elmúlt 12 havi jövedelmükről nyilatkozatot).

- Házi orvos vagy szakorvos igazolása a gyógyszerkiadásokról, a betegséghez kapcsolódó egyéb kiadásokról

- A gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, betegséghez kapcsolódó kiadásait kérelmező nevére szóló igazolással, számlával kell igazolni.

HÁZIORVOSI / SZAKORVOSI IGAZOLÁS

gyógyszerkiadás vagy betegséghez kapcsolódó egyéb kiadás szükségességéről

A beteg neve: _____

Anyja neve: _____ születési helye, ideje: _____

Lakcíme: _____

Társadalombiztosítási azonosító jele: _____

Nevezett betegségeinek kezelésére *tartósan, és rendszeresen* alkalmazandó gyógyszerek megnevezése:

Gyógyászati segédeszköz megnevezése:

Az igazolást kiadó orvos neve: _____

Rendelő / munkahely neve, címe: _____

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

Kelt: _____

PH.

orvos aláírása

