

K É R E L E M
települési gyógyszerátvitel megállapítására

A kérelmező személyre vonatkozó adatok:

Neve:
 Születési neve:
 Anyja neve:
 Születési helye, ideje (év, hó, nap):
 Lakóhelye:
 Tartózkodási helye:
 Társadalombiztosítási Azonosító Jele (TAJ száma):
 Állampolgársága:
 Telefonszám (nem kötelező megadni):

A családra vonatkozó adatok:

A kérelmező családi körülménye:

- ☐ egyedül élő,
☐ nem egyedül élő.

A kérelmező családjában élők száma: fő.

A kérelmező családjában élők adatai

	A	B	C	D	E	F
	Neve (Születési neve)	Anyja neve	Születési helye, ideje (év, hó, nap)	Társadalom - biztosítási Azonosító Jele	Családi kapcsolat megnevezés e	Megjegyzés *
1.						
2.						
3.						
4.						

Nyilatkozatok

- Támogatási kérelemhez az alábbi igazolásokat csatolom:
 1. Kezelőorvos igazolás a rendszeresen szedett gyógyszerekről
 2. Gyógyszertár igazolás a gyógyszerkiadásokról
 3. Jövedelem és vagyonyilatkozat
- Kijelentem, hogy az igazolt gyógyszereimet rendszeresen **szedem** / **időszakosan szedem**.
(a megfelelő rész aláhúzendő)
- A tárgyévben települési támogatásban részesültem / **nem részesültem**
(a megfelelő rész aláhúzendő)

Ha részesülök, ennek részletezése:

- Ápolási díj:Ft/hó
- GyógyszertámogatásFt/hó
- Egyszeri támogatás, melynek jogcíme, összege:.....
- Lakásfenntartási támogatás:Ft/hó

Alulírott igénylő aláírással tudomásul veszem, hogy nem nyújtható települési támogatás annak a személynek, aki a körülményeivel kapcsolatban valótlan adatot, tényt közöl. A jogosulatlanul és rosszhiszeműen felvett támogatás a mindenkorijegybanki alapkamat emelt összegével kell visszafizetni.

Hozzájárulok ahhoz, hogy személyi adataimba az önkormányzat képviselő-testületének, bizottságának képviselő és nem képviselő tagjai feldolgozás és döntéshozatal céljából beletekinthessenek

Tudomásul veszem, hogy a megítélt támogatás összegével névre szóló gyógyszertári számlával a támogatás kézhezvételét követő 8 napon belül köteles vagyok elszámolni. Tudomásul veszem továbbá, hogy amennyiben elszámolási kötelezettségemnek nem teszek eleget, úgy a rendszeres támogatás azonnal megszüntethető, és 1 évig jelen támogatásra nem leszek jogosult.

Dátum:

.....
Kérelmező aláírása