

K É R E L E M
települési gyógyszer támogatás 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 kérelmemhez 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 aláhúzendó)
- A tárgyévben települési támogatásban **részesültem / nem részesültem**
(a megfelelő rész aláhúzendó)

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 mindenkori jegybanki alapkamat emelt összegével kell visszafizetni.

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

Tudomásul veszem, hogy a megítélt támogatás összegével névre szóló gyógyszerári 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