

KÉRELEM
települési gyógyszerátogatás megállapítására

A kérelmező személyre vonatkozó adatok:

Neve:

.....

Születési neve:

.....

Anyja neve:

.....

Születési helye, ideje (év, hó, nap):

.....

Lakóhelye:

.....

Tartózkodási helye:

.....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

.....

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 vagyonynyilatkozat
- Kijelentem, hogy gazolt gyógyszereimet rendszeresen szedem / időszakosan szedem.
- A tárgyévben települési támogatásban **részesültem / nem részesültem** (aláhúzendó)

Ha részesülök, ennek, ennek részletezése.

- ápolási díj:Ft/hó
- gyógyszer támogatás
- egyszeri támogatás, melynek jogcíme, összege:.....
- lakásfenntartási támogatás

Alulírott igénylő aláírással tudomásul veszem, hogy nem nyújtható önkormányzati 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, bizottságának képviselő és nem képviselő tagjai feldolgozás és döntéshozatal céljából beletekinthessenek

Tudomásul veszem, hogy a megítélt támogatás összegével névre szóló gyógyszerertári 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.

Kelt,

.....
kérelmező aláírása