

Velény Község Önkormányzata

7951 Velény, Fő u. 62.

Tel: 73/472-242

E-mail: szabadszentkiraly.kj@t-online.hu

KÉRELEM
települési gyógyszer támogatás megállapítására

1. A kérelmező személyre vonatkozó adatok:

- 1.1. Neve:
- 1.2. Születési neve:
- 1.3. Anyja neve:
- 1.4. Születési helye, ideje (év, hó, nap):
- 1.5. Lakóhelye:
- 1.6. Tartózkodási helye:
- 1.7. Társadalombiztosítási Azonosító Jele:
- 1.8. Állampolgársága:
- 1.9. Telefonszám (nem kötelező megadni):
- 1.10. A kérelmező idegenrendészeti státusza (nem magyar állampolgárság esetén):
- 1.10.1. szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező, vagy
- 1.10.2. EU kék kártyával rendelkező, vagy
- 1.10.3. bevándorolt/letelepedett, vagy
- 1.10.4. menekült/oltalmazott/hontalan.

2. A közeli hozzátartozókra és jövedelmükre vonatkozó adatok

2.1. A kérelmező családi körülménye:

- 2.1.1. egyedül élő,
- 2.1.2. nem egyedül élő.

2.2. A kérelmező családjában élő közeli hozzátartozók adatai

2.2.1. A kérelmező családjában, a kérelmezővel azonos lakcímen élő közeli hozzátartozók száma: fő.

1.	Közeli hozzátartozó neve (születési neve)	Anyja neve	Születési helye, ideje (év, hó, nap)	Társadalombiztosítási Azonosító Jele	Családi kapcsolat megnevezése	Megjegyzés*
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

* Ebben az oszlopban kell feltüntetni, ha

- a) a 20 évesnél fiatalabb gyermek nem jár oktatási intézménybe, de önálló keresettel még nem rendelkezik,
b) életkortól függetlenül a gyermek tartós betegségének vagy fogyatékosságának fennállását, amennyiben ez az állapot a gyermek 25. életévének betöltését megelőzően is fennállt

2.3. Jövedelmi adatok

A kérelmező, valamint a családban élő közeli hozzátartozóinak a havi jövedelme forintban:

	A	B	C			
1.	A jövedelem típusa	Kérelmező	A családban élő közeli hozzátartozók			
2.	Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó ebből közfoglalkoztatásból származó					
3.	Társas és egyéni vállalkozásból, östermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó					
4.	Táppénz, gyermekgondozási támogatások					
5.	Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások					
6.	Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások					
7.	Egyéb jövedelem					
8.	Összes jövedelem					

3. Nyilatkozatok

3.1. **Nyilatkozom, hogy** normatív vagy alanyi jogon közgyógyellátásban nem részesülök és ez irányú kérelmet nem terjesztettem elő.

3.2. **Kijelentem, hogy**

3.2.1.* életvitelszerűen a lakóhelyemen/a tartózkodási helyemen élek (a megfelelő rész aláhúzendó),

3.2.2. az ellátásra való jogosultság feltételeit érintő lényeges tények, körülmények megváltozásáról 15 napon belül értesítem az ellátást megállapító szervet,

3.2.3. a közölt adatok a valóságnak megfelelnek,

3.2.4. a gyógyszer-támogatás megállapítása iránti kérelmemnek teljes egészében helyt adó döntés elleni fellebbezési jogomról lemondok. *(Nemleges válasz esetén kérjük a szövegrészt áthúzással törölni!)*

3.3. Hozzájárulok ahhoz, hogy az eljárás során saját, valamint hozzátartozóim személyes adatait, jövedelmi viszonyait illetve az általam szedett gyógyszereket a döntéshozók megismerjék.

3.4. Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt adatok valódiságát a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 10. § (7) bekezdése alapján a szociális hatáskört gyakorló szerv – a Nemzeti Adó- és Vámhivatal hatáskörrel és illetékességgel rendelkező adóigazgatósága útján – ellenőrizheti.

Kelt:,

.....
kérelmező aláírása

.....
kérelmező házastársának/élettársának
aláírása

.....
nagykorú hozzátartozó aláírása

.....
nagykorú hozzátartozó aláírása

**Háziorvosi igazolás
gyógyszertámogatás igénybevételéhez**

I. Kérelmező személyes adatai

Neve:

Születési neve:

Születési helye, ideje:

Anyja neve:

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Társadalombiztosítási azonosító jele:

II. A tartósan alkalmazott gyógyító ellátási szükségletre vonatkozó adatok

Krónikus betegségek kezelésére házi orvos és/vagy szakorvos által havi rendszerességgel rendelt gyógyszerek:

készítmény neve	havi rendelt mennyiség	havi térítési díj (gyógyszertár tölti ki)

III. Háziorvosra vonatkozó adatok, a házi orvos nyilatkozata

Háziorvos neve:

Háziorvos telefonszáma:

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

Kijelentem, hogy nyilvántartásom szerint Nevezett személy közgyógyellátásban nem részesül.

Kelt:.....

.....
házi orvos aláírása

Tájékoztató

A közigazgatási hatósági eljárás és szolgáltatás általános szabályairól szóló 2004. évi CXL. törvény 29. § (9) bekezdése értelmében, az eljárás megindításáról értesítést kérhet:

- a) az ügy iktatási számáról, az ügyintéző nevééről és hivatali elérhetőségéről,
- b) az eljárás megindításának napjáról, az ügyintézési határidőről, az ügyintézési határidőbe nem számító időtartamokról, a hatóság eljárási kötelezettségének elmulasztása esetén követendő eljárásról,
- c) az iratokba való betekintés és nyilatkozattétel lehetőségéről, valamint
- d) arról, hogy kérelme a szükséges adatainak kezeléséhez és belföldi jogsegély, valamint szakhatósági eljárás lefolytatása céljából történő továbbításához való hozzájárulásnak minősül.

A gyógyszerterápiát iránti kérelemhez mellékelni kell

- az igénylő és családtagjai jövedelemigazolása,
 - a) a havi rendszerességgel járó - nem vállalkozásból, illetve östermelői tevékenységből (a továbbiakban együtt: vállalkozás) származó - jövedelem esetén a kérelem benyújtását megelőző hónap jövedelmét,
 - b) vállalkozásból származó jövedelem esetén a kérelem benyújtásának hónapját közvetlenül megelőző tizenkét hónap alatt szerzett jövedelem egyhavi átlagát kell figyelembe venni, azzal, hogy a b) pont szerinti számításnál azon hónapoknál, amelyek adóbevallással már lezárt időszakra esnek, a jövedelmet a bevallott éves jövedelemnek e hónapokkal arányos összegében kell beszámítani,
 - c) nem havi rendszerességgel szerzett jövedelem esetén a kérelem benyújtásának hónapját közvetlenül megelőző három hónap alatt szerzett egyhavi átlagáról szóló nyilatkozat.
- amennyiben a kérelmező, közeli hozzátartozója illetve a háztartásában életvitelszerűen vele együtt lakó más személy rendszeres jövedelemmel nem rendelkezik, úgy az erről szóló nyilatkozatot
- a házi orvos igazolását a krónikus betegségekre havi rendszerességgel szedett gyógyszerekről/gyógyító ellátásokról, a szükséges gyógyászati segédeszköz szükségletéről,
- a gyógyszerterápiát igazolását a házi orvos igazolásán szereplő gyógyszerek fogyasztói áráról,
- az illetékes Járási Hivatal közgyógyellátásra vonatkozó elutasító határozatát,
- vagyonynyilatkozatot