

KÉRELEM

TELEPÜLÉSI TÁMOGATÁS GYÓGYSZERKÖLTSÉGEKHEZ VALÓ HOZZÁJÁRULÁS

céljára történő megállapítására

SZEMÉLYI ADATOK

Megnevezés	kérelmező	házastárs (élettárs)
Neve (születési név is)		
Anyja neve		
Születési hely, év, hó, nap		
Családi állapota		
Lakóhelye		
Tartózkodási helye		
TAJ száma		
Telefonszáma (nem kötelező megadni)		
Bankszámlaszám (ha a folyósítást bankszámlára kéri)		
Folyószámla-vezető pénzintézet		

A KÉRELMEZŐVEL KÖZÖS HÁZTARTÁSBAN ÉLŐ SZEMÉLYEK ADATAI

	Név	Születési év, hó, nap	Családi kapcsolat	Foglalkozás
1.				
2.				
3.				
4.				

A JOGOSULTSÁG FELTÉTELEIRE VONATKOZÓ ADATOK

A havi gyógyszer számla összege	
A kérelemhez mellékelni kell:	- háziorvos igazolását a havi rendszeres gyógyszerekről - gyógyszerértár igazolását a havi rendszeresen szedett gyógyszerek összegéről - <i>melléklet szerint</i>

Alulírott kérem, hogy a fentiekben közölt adatok és a becsatolt igazolások, nyilatkozatok alapján a gyógyszerköltségre tekintettel települési támogatásra való jogosultságomat szíveskedjenek megállapítani.

Büntetőjogi felelősségem tudatában k i j e l e n t e m, hogy a kérelemben közölt adatok a valóságnak megfelelnek. H o z z á j á r u l o k a kérelemben közölt adatoknak a szociális igazgatási eljárásban történő felhasználásához és kezeléséhez.

_____ 20 _____ év _____ hó _____ nap

Kérelmező aláírása

7/a. melléklet

I G A Z O L Á S GYÓGYSZERKÖLTSÉG TÁMOGATÁSÁRA

(A házi orvos, vagy szakorvos állítja ki!)

Igazolom, hogy (név) szül. hely:

szül. idő: anyja neve:

TAJ száma:

..... szám alatti lakos

A.) *az alábbi gyógyszereket szedi:

B.) *részére az alábbi gyógyászati segédeszköz megvásárlása szükséges az egészségi állapot megőrzéséhez és helyreállításához:

A megfelelő aláhúzendő. Az „A” és „B” pont esetén **amennyiben az igénylő a gyógyszereket, gyógyászati segédeszközöket **rendszeresen használja**, kérjük szíveskedjen megjelölni az **1 havi mennyiséget**.*

A feltüntetett gyógyszerek árát gyógyszerértár, gyógyászati segédeszközök árát a gyógyszerértár vagy a gyógyászati segédeszközöket árusító szaküzlet igazolja.

Gyógyszer, gyógyászati segédeszköz (gyógyszer neve/havi adag) (házi orvos, szakorvos tölti ki)	Ft (gyógyszerértár tölti ki)	Gyógyszer, gyógyászati segédeszköz (gyógyszer neve/havi adag) (házi orvos, szakorvos tölti ki)	Ft (gyógyszerértár tölti ki)

A gyógykezelés várható időtartamahónap/folyamatos.

....., 200..... hó nap

.....

P.H. házi orvos aláírása