

KÉRELEM
a gyógyszer támogatás megállapítására

I. A kérelmező személyre vonatkozó adatok:

Kérelmező neve (születési név is)	
Anyja neve	
Születési helye, ideje	
Társadalombiztosítási Azonosító Jel (TAJ szám)	
Állampolgársága (A megfelelő rész aláhúzandó)	magyar szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező, v. EU kék kártyával rendelkező, v. bevándorolt/letelepedett, v. menekült/oltalmazott/hontalan
Lakóhely	
Tartózkodási hely	
Értesítési és utalási cím	
Fizetési számlaszám (akkor kell megadni, ha a folyósítást fizetési számlára kéri)	
Telefonszám (nem kötelező adat)	

II. A közeli hozzátartozókra és jövedelmükre vonatkozó adatok

1. A kérelmező családi körülménye:

- egyedül élő,
 nem egyedül élő.

2. A kérelmező családjában élő közeli hozzátartozók adatai

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

Közeli hozzátartozó neve (születési neve)	Anyja neve	Születési helye, ideje	Társadalombiztosítási Azonosító Jel (TAJ szám)	Családi kapcsolat megnevezése

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, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó						
4.	Táppénz, gyermekgondozási támogatások						
5.	Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások						
6.	Önkormányzat, járási hivatal és járási munkaügyi szervek által folyósított ellátások						
7.	Egyéb jövedelem						
8.	Összes jövedelem						

III.

IV. Nyilatkozatok

Kijelentem, hogy

1. életvitelszerűen a lakóhelyemen/a tartózkodási helyemen élek (a megfelelő rész aláhúzandó), (Ezt a nyilatkozatot csak abban az esetben kell megtenni, ha egyidejűleg bejelentett lakó- és tartózkodási hellyel is rendelkezik.)
2. a családban élő közeli hozzátartozóként feltüntetett személyek életvitelszerűen az enyémmel megegyező lakcímen élnek,
3. a közölt adatok a valóságnak megfelelnek.
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.
5. Kijelentem, hogy az ellátásra való jogosultság feltételeit érintő lényeges tények, körülmények megváltozásáról 15 napon belül értesítem az ellátást megállapító szervet.
6. Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához, továbbá nyilvántartásban történő rögzítéshez.

Hévíz, 20..... év.....hónap

.....
 kérelmező aláírása

.....
 kérelmező házastársának/élettársának aláírása

Nem kötelezően kitöltendő nyilatkozat!

Kijelentem, hogy a támogatás megállapítása iránti kérelmemnek teljes egészében helyt adó döntés elleni fellebbezési jogomról lemondok. Tudomásul veszem, hogy a fellebbezési jogról történő lemondó nyilatkozat nem vonható vissza. *(Nemleges válasz esetén kérjük a szövegrészt áthúzással törölni!)*

Hévíz, 20..... év.....hónap

.....
kérelmező aláírása

.....
kérelmező házastársának/élettársának aláírása