

KÉRELEM***Gyógyszerkiadások viseléséhez nyújtott települési támogatás megállapítására******A kérelmezőre vonatkozó adatok***

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési hely, idő (év, hó, nap):

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Adóazonosító jele:

Állampolgársága:

Telefonszám (nem kötelező megadni):

Fizetési számlaszám (akkor kell megadni, ha a folyósítást fizetési számlaszámra kéri):

A fizetési számlát vezető pénzügyintézet neve:

A kérelmező idegenrendészeti státusza (nem magyar állampolgárság esetén):

- szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező, vagy
 EU kék kártyával rendelkező, vagy
 bevándorolt/letelepedett, vagy
 menekült/oltalmazott/hontalan.

Kérelmező családjában élő közeli hozzátartozók száma : fő**A családban élő közeli hozzátartozók adatai:**

Név, születési név is	Hozzátartozói minőség	Születési hely, idő, TAJ	Anyja neve

A havi rendszeres gyógyszer költségének mértéke: _____ Ft.*

* A háziorvos által kiállított, és a gyógyszertár által leigazolt társadalombiztosítási ellátásba befogadott havi rendszerességgel szedett gyógyszerek térítési díja

Jövedelmi adatok

A jövedelmek típusai	Kérelmező jövedelme	A kérelmező családjában élők jövedelme				Összesen
1./ Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó jövedelem						
2./ Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó jövedelem						
3./ Alkalmi munkavégzésből származó jövedelem						
4./ Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások						
5./ Táppénz, gyermekgondozási támogatások						
6./ Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított pénzbeli ellátás						
7./ Egyéb jövedelem						
8./ Összes jövedelem						

Egy főre jutó havi nettó jövedelem: Ft/hó

Nyilatkozat:

Alulírott _____ büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy egyedülállóként élek.

Alulírott _____ büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy egyedül nevelem gyermeke(i)met.

Alulírott _____ büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy _____ nevű gyermeke(i)m után _____ Ft. tartásdíjban részesülök / nem részesülök.

Alulírott _____ büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy rendszeres jövedelemmel nem rendelkezem.

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a NYILATKOZAT-ban közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Tudomásul veszem, hogy a NYILATKOZAT-ban közölt adatok valóságát a szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 10. § (6)-(7) bekezdései alapján az önkormányzat jogosult ellenőrizni a költségek igazolásának alátámasztásul szolgáló dokumentumok bekérésével vagy az állami adóhatóság útján.

Alulírott, hozzájárulásomat adom, hogy a közigazgatási szerv személyes adataimat a feladat ellátás érdekében kezelje.

Kelt:,

.....
kérelmező aláírása

I. A kérelmező személyes adatai

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési hely, év, hó, nap:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

A háziiorvosi igazolás kiadására

közgyógyellátásra való jogosultság megállapítása

egyéni gyógyszerkeret felülvizsgálata

céljából kerül sor. (A megfelelő választ X-szel kell jelölni.)

II. Háziiorvosra (intézményi orvosra) vonatkozó adatok, a háziiorvos nyilatkozata

A háziiorvos neve:

Személy-specifikus orvosi bélyegzőjének száma:

Ágazati azonosító:

ÁNTSZ engedély száma:

Rendelő/munkahely neve, címe:

Telefonszáma:

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

Dátum:

P. H.

.....
háziiorvos aláírása

III. A társadalombiztosítás által támogatott, tartósan alkalmazott gyógyító ellátási szükségletre vonatkozó adatok

1. Havi rendszerességgel rendelt gyógyszerek:

ATC kód	TTT kód	Gyógyszer megnevezése	Gyógyszerforma	Hatóanyag megnevezése	A hatóanyag napi mennyisége	Napi adagolás	Gyógyszer rendelésére vonatkozó jelzés*	Megjegyzés	Gyógyszer beteg által fizetendő térítési díja**

* Ebben a rovatban a 44/2004. (IV. 28.) ESZCSM rendelet 2. § (2) bekezdése szerinti jelzést kell feltüntetni.

** Ezt a rovatot a gyógyszerértár tölti ki.

A táblázatban, a kérelmező által rendszeresen szedett, tb-támogatásba befogadott gyógyszert kell feltüntetni.

A „Megjegyzés” rovatban kell jelezni:

- ha a hatóanyagnak megfelelő készítmény rendelése indikációhoz kötött kiemelt vagy emelt támogatással történik, vagy
- a hatóanyag valamely formájával vagy bármely összetevővel szemben esetleg fennálló érzékenységet.

P. H.

.....
házi orvos aláírása

.....
gyógyszerértár aláírása