

ZALAKAROSI KÖZÖS ÖNKORMÁNYZATI HIVATAL  
8749 ZALAKAROS, GYÓGYFÜRDŐ TÉR 1. TEL: 93/340-100

**K é r e l e m**  
**Települési támogatás megállapítására**  
(gyógyszerköltség támogatás)

**1.1. A kérelmező személyre vonatkozó adatok:**

Neve: .....

Születési neve: .....

Anyja neve: .....

Születés helye, ideje (év, hó, nap): .....

Családi állapota:.....

Lakóhelye:     irányítószám ..... település  
.....utca/út/tér ..... házszám ..... épület/lépcsőház ..... emelet,  
ajtóTartózkodási helye:     irányítószám .....  
település .....utca/út/tér ..... házszám ..... épület/lépcsőház  
..... emelet, ajtóTársadalombiztosítási Azonosító Jele: 

Állampolgársága:

.....

Telefonszám (nem kötelező megadni):  
.....E-mail cím (nem kötelező megadni):  
.....

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

kéri): .....

A fizetési számlát vezető pénzintézet neve .....

Nyilatkozom, hogy

közgyógyellátásra jogosító igazolvánnyal : rendelkezem nem rendelkezem

A kérelmezővel együtt élő közeli hozzátartozók száma összesen: ..... fő (igénylő kivételével)

Név	Születési hely, év, hó, nap	TAJ száma	Megjegyzés*

A kérelmező, valamint a vele egy háztartásban élő közeli hozzátartozók havi jövedelme forintban:

A jövedelem típusa	Kérelmező	Házastársa (élettársa)	Közeli hozzátartozók			
1. Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó ebből: közfoglalkoztatásból származó						
2. Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó						
3. Alkalmi munkavégzésből származó						
4. Táppénz, gyermekgondozási támogatások						
5. Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások						
6. Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások						
7. Egyéb jövedelem						
8. Összes jövedelem						

**Egy főre jutó havi családi nettó jövedelem: ..... Ft/hó.**

**Közeli hozzátartozók:** a házastárs, az élettárs, a húszévesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező; a huszonhárom évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, nappali oktatás munkarendje szerint tanulmányokat folytató; a huszonöt évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, nappali tagozaton egyetemi, főiskolai tanulmányokat folytató; korhatárra való tekintet nélkül a tartósan beteg, az autista, illetve a testi, érzékszervi, értelmi vagy beszéd fogyatékos vér szerinti, örökbe fogadott, mostoha-, illetve nevelt gyermek, amennyiben ez az állapot a gyermek 25. életévének betöltését megelőzően is fennállt (a továbbiakban: fogyatékos gyermek), a 18. életévet be nem töltött gyermek vonatkozásában a vér szerinti és az örökbe fogadó szülő, illetve a szülő házastársa vagy élettársa.

**Zalamerenye, 20.....**

.....  
**kérelmező aláírása**

**KÉRELMEHEZ CSATOLNI KELL** az alábbi iratokat:

- az Ön, valamint a családjában élő közeli hozzátartozók **a kérelem benyújtását megelőző havi nettó jövedelméről szóló igazolás.** A jövedelmekről a típusának megfelelő igazolást, vagy annak fénymásolatát (nyugdíjszelvény, munkáltatói igazolás, családi pótlék, tartásdíj összegét igazoló csekkszelvény vagy bankszámlakivonat stb.) kérjük csatolni.
- amennyiben nyugellátását letiltás terheli, a letiltás összegét és jogcímét kérjük hivatalos irattal igazolni.
- 18. életévet betöltött tanulói, vagy hallgatói jogviszonyban álló gyermeke iskolalátogatási igazolását, valamint jövedelemnyilatkozatát.
- tanulóviszonyban, vagy munkaviszonyban nem álló (20 év alatti) családtagja nyilatkozatát arról, hogy jövedelemmel rendelkezik-e vagy sem,
- **Igazolás a gyógyszerköltség támogatáshoz nyomtatványt (..... oldal), melyet a háziorvossal vagy szakorvossal kell kitölteni, majd azt követően gyógyszerárban beárztatni.**
- Ismételt benyújtás esetén az előzően kapott támogatás felhasználását igazoló névre szóló számlák.

## Vagyonyilatkozat

### I. A kérelmező személyi adatai

Neve: .....

Születési neve: .....

Anyja neve: .....

Születési hely, év, hó, nap: .....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....

### II. A kérelmező és a vele együtt élő közeli hozzátartozójának vagyona

#### A. Ingatlanok

1. Lakástulajdon és lakótelek-tulajdon (vagy állandó, illetve tartós használat): címe: .....  
város/község ..... út/utca ..... hsz. alapterülete: ..... m<sup>2</sup>, tulajdoni hányad:  
....., a szerzés ideje: ..... év

Becsült forgalmi érték:\* ..... Ft

Haszonélvezeti joggal terhelt: igen nem (a megfelelő aláhúzendó)

2. Üdülőtulajdon és üdülőtelek-tulajdon (vagy állandó, illetve tartós használat): címe:  
..... város/község ..... út/utca ..... hsz. alapterülete: .....  
m<sup>2</sup>, tulajdoni hányad: ....., a szerzés ideje: ..... év

Becsült forgalmi érték:\* ..... Ft

3. Egyéb, nem lakás céljára szolgáló épület-(épületrész-)tulajdon (vagy állandó használat):  
megnevezése (zártkerti építmény, műhely, üzlet, műterem, rendelő, garázs stb.):  
..... címe: ..... város/község ..... út/utca  
..... hsz. alapterülete: ..... m<sup>2</sup>, tulajdoni hányad: ....., a szerzés ideje:  
..... év

Becsült forgalmi érték:\* ..... Ft

4. Termőföldtulajdon (vagy állandó használat): megnevezése: ..... címe:  
..... város/község ..... út/utca ..... hsz.  
alapterülete: ..... m<sup>2</sup>, tulajdoni hányad: ....., a szerzés ideje: ..... év

Becsült forgalmi érték:\* ..... Ft

#### B. Egyéb vagyontárgyak

Gépjármű: '

a) személygépkocsi: ..... típus ..... rendszám  
a szerzés ideje: .....

Becsült forgalmi érték:\*\* ..... Ft

b) tehergépjármű, autóbusz: ..... típus ..... rendszám  
a szerzés ideje: .....

Becsült forgalmi érték:\*\* ..... Ft

Kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek. Hozzájárulok a nyilatkozatban szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárásban történő felhasználásához, kezeléséhez.

Kelt: ..... év ..... hó ..... nap

.....  
aláírás

*Megjegyzés:*

Ha a kérelmező vagy családtagja bármely vagyontárgyból egynél többel rendelkezik, akkor a vagyonyilatkozat megfelelő pontját a vagyontárgyak számával egyezően kell kitölteni. Amennyiben a vagyonyilatkozatban feltüntetett vagyon nem Magyarország területén van, a forgalmi értéket a vagyon helye szerinti állam hivatalos pénznemében is fel kell tüntetni.

\_\_\_\_\_  
*\* Becsült forgalmi értéként az ingatlannak a településen szokásos forgalmi értékét kell feltüntetni.*

*\*\* Becsült forgalmi értéként a jármű kora és állapota szerinti értékét kell feltüntetni.*

## IGAZOLÁS GYÓGYSZERKÖLTSÉG TÁMOGATÁSHOZ

(A háziorvos vagy szakorvos állítja ki!)

Igazolom, hogy (név).....

szül. hely:.....

szül. idő:.....

anyja neve:.....

TAJ száma:.....

Zalamerenye , .....szám alatti lakos

az alábbi gyógyszereket szedi:

*Amennyiben az igénylő a gyógyszereket **rendszeresen** szedi, kérjük szíveskedjen megjelölni az **Ihavi mennyiséget**.*

*A feltüntetett gyógyszerek árát gyógyszerérték igazolja.*

Gyógyszer (gyógyszer neve/havi adag) (háziorvos, szakorvos tölti ki)	Ft (gyógyszerérték tölti ki)	Gyógyszer (gyógyszer neve/havi adag) (háziorvos, szakorvos tölti ki)	Ft (gyógyszerérték tölti ki)

A gyógykezelés várható időtartama..... hónap

20....

\_\_\_\_\_  
házi/szakorvos

Ph.