

KÉRELEM

a gyógyszerkiadások viseléséhez nyújtandó települési támogatás megállapítására

Személyi adatok:

Kérelmező neve (születési név is):.....

Társadalombiztosítási Azonosítási Jel (TAJ szám):.....

Születési helye:.....

Születési ideje:.....

Állampolgársága:.....

Családi állapota: egyedülálló (hajadon, nőtlen)
 házastársával / élettársával lakik együtt
 házastársától külön él
 elvált
 özvegy

Kérelmező lakcíme:

Értesítési címe:.....

Bankszámla száma:.....

Kijelentem, hogy életvitelszerűen lakóhelyemen / tartózkodási helyemen élek.

A kérelem benyújtásának időpontjában a kérelmezővel közös háztartásban élő közeli hozzátartozók adatai:

NÉV	Születési hely, idő	Anyja neve	Rokoni fok	TAJ szám

Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó jövedelmi adatok:

A jövedelem típusa	Kérelmező	Hozzá tartozó	Hozzá tartozó	Hozzá tartozó	Hozzá tartozó
Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó					
Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, szellemi és más önálló tevékenységből származó					
Táppénz, gyermekgondozási támogatások					
Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások					
Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások					
Egyéb jövedelem					
Összes jövedelem					

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a közölt adatok a valóságnak megfelelnek. Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak az eljárás során történő felhasználásához.

Dátum:

.....

**Az ellátást igénylő
aláírása**