

## Gyógyszertámogatás

### 1. Személyi adatok

Az ellátást igénylő neve:

.....

Születési neve:

.....

Anyja neve:

.....

Szül. hely,.....szül. idő.....

Családi állapota:

.....

Taj száma:

.....

Bejelentett lakóhely:

.....

Tartózkodási helye:

.....

A személyi adatait a kérelme beadásakor a személyi okmányaival igazolnia kell!

Kérem, hogy részemre **gyógyszertámogatást** megállapítani szíveskedjenek.

### 2. A háztartás adatai

A fent megjelölt tartózkodási helyen együtt élő, ott bejelentett lakóhellyel, vagy tartózkodási  
hellyel rendelkező közeli hozzátartozók: ..... fő. / az igénylő kivételével /

	NÉV	Szül. hely	Szül. idő	Rokoni kapcsolat	Havi jövedelem
1.)					
2.)					
3.)					
4.)					
5.)					
6.)					
				<b>Jövedelem / fő :</b>	

**Rendszeres havi kiadásaim:**

Albérleti díj: ..... Ft /hó

Víz- és csatornadíj: ..... Ft /hó

Gázdíj: ..... Ft / hó

Villanyszámla díja: ..... Ft / hó

Lakáshitel törlesztés: ..... Ft / hó

( Bank megnevezése ) .....

Egyéb hiteltörlesztés:..... Ft / hó

( megnevezés ) .....

Egyéb: .....

.....

.....

....., 20 ..... hó ..... nap

.....  
aláírás

**KÉRELMÉHEZ 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, szerződés stb.) kell csatolni.
- 18. életévet betöltött tanulói, vagy hallgatói jogviszonyban álló gyermeke iskolalátogatási igazolását,
- tanulóviszonyban, vagy munkaviszonyban nem álló (20 év alatti) családtagja nyilatkozatát arról, hogy jövedelemmel rendelkezik-e vagy sem,
- Igazolás gyógyszer és gyógyászati hozzájáruláshoz nyomtatványt, melyet a háziorvossal, vagy szakorvossal kell kitölteni, majd azt követően gyógyszerárban, gyógyászati segédeszköz boltban beáraztatni.

### **3. Jövedelmi adatok**

**Munkáltatók jövedelemigazolásai:**

Igazolom, hogy ..... (név) .....(év) ..... (havi)  
nettó keresete:..... Ft, azaz  
..... forint.  
napi ..... órás foglalkoztatásban, amelyet .....Ft, azaz .....  
forint  
gyermektartásdíj levonás terhel.

Dátum: ....., 20..... hó ..... nap

Ph. \_\_\_\_\_  
munkáltató

-----  
**Alulírott, igénylő nyilatkozom, hogy .....(év)..... (hónapban).....  
Ft. tartásdíjat kaptam a bíróság ..... számú ítélete alapján,**

Tartásdíjat **nem kapok** ..... – óta mert .....  
.....

-----  
**Alulírott igénylő nyilatkozom, hogy munkaviszonyból származó jövedelemmel, egyéb  
rendszeres jövedelemmel nem rendelkezem ..... – óta.**

Rendszeres pénzellátással ( táppénz, GYED, GYES, öregségi nyugdíj, rokkantsági nyugdíj,  
özvegyi járadék, baleseti táppénz, baleseti rokkantsági nyugdíj, időskorúak járadéka, stb )  
- nem rendelkezem, - rendelkezem, és pedig..... , .....  
Ft.

Alkalmi munkából a kérelem benyújtását megelőző 12 hónap alatt szerzett jövedelem egyhavi  
átlagát tekintve..... Ft jövedelemem származott.

....., 20.....

.....

alírás

**I G A Z O L Á S G Y Ó G Y S Z E R - , É S G Y Ó G Y Á S Z A T I H O Z Z Á J Á R U L Á S H O Z**

(A háziorvos, 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 aláhúzendó. 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.**

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

**A gyógykezelés várható időtartama .....hónap**

....., 20..... hó ..... nap

**Ph**

**orvos**