

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.)					
Jövedelem / fő :					

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 gyógyszertárban, gyógyászati segédeszköz boltban beáraztatni.

3. Jövedelmi adatok

Munkáltatók jövedelemigazolásai:

Igazolom, hogy (név)(év) (havi)

nettó keresete:..... Ft, azaz

..... forint.

napi órás foglalkoztatásban, amelyetFt, 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.....

.....

aláírás

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 aláhúzendő. 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.

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

A gyógykezelés várható időtartamahónap

....., 20..... hó nap

Ph

orvos