

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 /

	NEV	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

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, 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 gyógyszerertárban, 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 jövedelmem 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 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 gyógyszerertár, gyógyászati segédeszközök árát a gyógyszerertár vagy a gyógyászati segédeszközöket árusító szaküzlet igazolja.

Gyógyszer, gyógyászati segédeszköz (gyógyszer neve havi adag) (háziorvos, szakorvos tölti ki)	Ft (gyógyszerertár tölti ki)	Gyógyszer, gyógyászati segédeszköz (gyógyszer neve havi adag) (háziorvos, szakorvos tölti ki)	Ft (gyógyszerertár tölti ki)

A gyógykezelés várható időtartamahónap

....., 20..... hó nap

Ph

.....
orvos