

#### 4.melléklet

### KÉRELEM Eseti gyógyszertámogatás megállapításhoz

Kérelmező neve:.....  
Kérelmező születési neve:.....  
Anyja neve:.....  
Születési helye, ideje (év, hó, nap):.....  
Lakóhely:.....  
Tartózkodási hely:.....  
Társadalom biztosítási Azonosító Jele: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**Kérelem**

**indoka:**

.....  
.....  
.....

A kérelmező havi jövedelme:..... Ft/hó

A kérelmezővel egy családban élő közeli hozzátartozók<sup>1</sup> adatai:

Név:	Szül. hely, idő:	Anyja neve:	Rokoni kapcsolat:	TAJ:	Havi jövedelem:

Egyéb jövedelmek:

Gyermektartásdíj:.....Ft

Családi pótlék:.....Ft

Önkormányzati egyéb rendszeres támogatás:.....Ft

<sup>1</sup> 1993. évi III. tv. 4. § d) pontja alapján: *d*)<sup>23</sup> közeli hozzátartozó:

*da*) a házastárs, az élettárs,

*db*)<sup>24</sup> 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, felsőoktatási intézmény nappali tagozatán tanulmányokat folytató vér szerinti gyermek, örökbe fogadott gyermek, mostohagyermek és a Ptk. szerinti gyermekvédelmi nevelőszülő által e jogviszonya keretében nevelt gyermek kivételével a nevelt gyermek (a továbbiakban: nevelt gyermek),

*dc*)<sup>25</sup> 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),

*dd*)<sup>26</sup> a 18. életévét be nem töltött gyermek vonatkozásában a vér szerinti és az örökbe fogadó szülő, a szülő házastársa vagy élettársa, valamint a *db*) vagy *dc*) alponban meghatározott feltételeknek megfelelő testvér;

Együtt élők összes jövedelme:.....Ft (ügyintéző tölti ki)  
Egy főre jutó jövedelem:.....Ft(ügyintéző tölti ki)

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek és tudomásul veszem, hogy azok valóságos a szociális igazgatóságról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. tv alapján a NAV-nál ellenőrizhető.

Alulírott hozzájárulok, hogy személyi adataimat, illetve a háztartásomban élők adatait a jogosultság megállapítása és teljesítése céljából felhasználják.

Dátum: Bajna, ..... év .....hó.....nap.

.....  
Kérelmező

A kérelemhez mellékelni kell a család jövedelmeiről szóló összes igazolást, házi orvos által kimutatott, patika által beárazott gyógyszerköltséget.