

KÉRELEM

TELEPÜLÉSI TÁMOGATÁS MEGÁLLAPÍTÁSÁHOZ

a gyógyszerkiadások viseléséhez

1. Személyi adatok

1.1. A kérelmező személyére vonatkozó adatok:

Neve: _____

Születési neve: _____

Anyja neve: _____ Állampolgársága: _____

Születési helye, ideje: _____

Lakóhely: _____

Tartózkodási hely: _____

(A lakóhely és a tartózkodási hely megadásakor a lakcímnnyilvántartásba bejelentett lakóhelyet, tartózkodási helyet kell feltüntetni!)

Társadalombiztosítási Azonosító Jele (TAJ): - -

Telefonszám *(nem kötelező megadni)*: _____

Támogatás kifizetése: postai, **vagy** banki utalás. Pénzintézet neve: _____

Számlaszám - -

1.2. Jogosultsági feltételekre vonatkozó nyilatkozat

Kijelentem, hogy

A járási hivatal által megállapított közgyógyellátásban nem részesülök

2. A kérelmező családjában élő közeli hozzátartozók

Megjegyzés: A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 4 § (1) bekezdés *d*) pontja értelmében közeli hozzátartozó:

- a házastárs, az élettárs;
- a 20 évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező;
- a 23 évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, nappali oktatás munkarendje szerint tanulmányokat folytató tanulmányokat folytató;
- a 25 évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, felsőoktatási intézmény nappali tagozatán tanulmányokat folytató vér szerinti gyermek, mostohagyermek és a Ptk. szerinti gyermekvédelmi nevelőszülő által e jogviszonya keretében nevelt gyermek kivételével a nevelt gyermek;
- korhatárra 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.

Neve és születési neve	Születési helye és ideje	Anyja neve	Társadalombiztosítási Azonosító Jele (TAJ)
1.			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Rokoni kapcsolat:</i>
2.			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Rokoni kapcsolat:</i>
3.			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Rokoni kapcsolat:</i>
4.			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Rokoni kapcsolat:</i>
5.			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Rokoni kapcsolat:</i>
6.			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Rokoni kapcsolat:</i>

3. A kérelmező családjának jövedelmi adatai

		Kérelmező	A kérelmező családjában élő közeli hozzátartozók					
			1.	2.	3.	4.	5.	6.
1.	Jövedelem (közfoglalkoztatásból származó is), nyugellátás, gyermekgondozási támogatások, Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások							
2.	Fizetett vagy kapott tartásdíj összege							
3.	Összes jövedelem							

* **(Az ügyintéző tölti ki!)**

* A család havi összjövedelme: _____ Ft. Az egy főre jutó havi jövedelem: _____ Ft.

4. Egyéb nyilatkozatok

Felelősségem tudatában kijelentem, hogy a közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Alulírott hozzájárulok a kérelmemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához.

Császár,

a kérelmező aláírása

IGAZOLÁS
települési gyógyszer támogatás megállapításához

(Az ápoló személy háziorvosa tölti ki.)

I. Igazolom, hogy

Neve: _____

Születési neve: _____

Anyja neve: _____

Születési helye, ideje: _____

Lakóhely: _____

Tartózkodási hely: _____

(A lakóhely és a tartózkodási hely megadásakor a lakcímnnyilvántartásba bejelentett lakóhelyet, tartózkodási helyet kell feltüntetni!)

Társadalombiztosítási Azonosító Jele (TAJ): - -

**A HAVONTA RENDSZERESEN HASZNÁLT,
A TÁRSADALOMBIZTOSÍTÓ ÁLTAL TÁMOGATOTT
GYÓGYSZEREINEK* TÉRÍTÉSI DÍJA :
_____ FORINT.**

Kelt: _____

a háziorvos aláírása

P.H.

* A havi rendszerességgel szedett gyógyszerek közül **csak a társadalombiztosító által támogatottakat kell figyelembe venni.**