

2. melléklet a 2/2025. (II.28.) önkormányzati rendelethez

KÉRELEM
a helyi gyógyszer támogatás megállapítására

1. A kérelmező személyre vonatkozó adatok:

- 1.1. Neve:
1.2. Születési neve:
1.3. Anyja neve:
1.4. Születési helye, ideje (év, hó, nap):
1.5. Lakóhelye:
1.6. Tartózkodási helye:
1.7. Társadalombiztosítási Azonosító Jele:
1.8. Állampolgársága:
1.9. Telefonszám (nem kötelező megadni):

2. A megállapítás jogcíme és a jogosultsági feltételekre vonatkozó adatok

2.1. ☐ Ászár Község Önkormányzat Képviselő-testülete 2/2017. (II.20.) önkormányzati rendelete 13. § (1) bekezdése alapján kérem a helyi gyógyszer támogatás megállapítását, jövedelmi helyzetemre és a magas gyógyszerköltségemre tekintettel.

3. A közeli hozzátartozókra és jövedelmükre vonatkozó adatok

3.1. A kérelmező családi körülménye:

3.1.1. ☐ egyedül élő,

3.1.2. ☐ nem egyedül élő.

3.2. A kérelmező családjában élő közeli hozzátartozók adatai

3.2.1. A kérelmező családjában, a kérelmezővel azonos lakcímen élő közeli hozzátartozók száma: fő.

	A		B	C	D	E	F	G
1.	Közeli hozzátartozó neve (születési neve)	Anyja neve	Születési helye, ideje (év, hó, nap)	Társadalombiztosítási Azonosító Jele	Családi kapcsolat megnevezése	Közeli hozzátartozó születési ideje	Megjegyzés*	
2.								
3.								
4.								
5.								

6.							
----	--	--	--	--	--	--	--

* Ebben az oszlopban kell feltüntetni, ha

a) a 20 évesnél fiatalabb gyermek nem jár oktatási intézménybe, de önálló keresettel még nem rendelkezik,

b) életkortól függetlenül a gyermek tartós betegségének vagy fogyatékosságának fennállását, amennyiben ez az állapot a gyermek 25. életévének betöltését megelőzően is fennállt.

3.3. Jövedelmi adatok

A kérelmező, valamint a családban élő közeli hozzátartozóinak a havi jövedelme forintban:

	A	B	C				
1.	A jövedelem típusa	Kérelmező	A családban élő közeli hozzátartozók				
2.	Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó						
	ebből közfoglalkoztatásból származó:						
3.	Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó						
4.	Táppénz, gyermekgondozási támogatások						
5.	Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások						
6.	Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások						
7.	Egyéb jövedelem						
8.	Összes jövedelem						

4. Nyilatkozatok

4.1. Kijelentem, hogy a közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

4.2. Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt adatok valódisága Dad Község Önkormányzat Képviselő-testülete szociális és gyermekjóléti ellátások helyi szabályozásáról szóló 2/2025. (II.28.) önkormányzati rendeletének 5. §-a alapján környezettanulmány alapján ellenőrizhető.

4.3. Kijelentem, hogy az ellátásra való jogosultság feltételeit érintő lényeges tények, körülmények megváltozásáról 15 napon belül értesítem az ellátást megállapító szervet.

4.4. Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához.

Kelt:

.....

kérelmező aláírása

.....

kérelmező házastársának/élettársának
aláírás