

KÉRELEM
települési gyógyszertámogatás 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):
- 1.10. A kérelmező idegenrendészeti státusza (nem magyar állampolgárság esetén):
 - 1.10.1. Szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező, vagy
 - 1.10.2. EU kék kártyával rendelkező, vagy
 - 1.10.3. Bevándorolt/letelepedett, vagy
 - 1.10.4. Menekült/oltalmazott/hontalan.

2. Kérelmező családi körülményeire vonatkozó adatok (Kérjük a megfelelőt jelölni!)

- egyedül él
 nem egyedül él

2.1. Kérelmező családjában élők adatai

2.2. A kérelmező családjában élők száma: ____ fő

	A	B	C	D	E	F
	A családban élő neve (születési neve)	Anyja neve	Születési helye, ideje (év, hó, nap)	TAJ	Családi kapcsolat megnevezése	Megjegyzés*
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

2.3. Jövedelmi adatok

A kérelmező, valamint a családban élők havi jövedelme forintban:

	A	B	C			
1.	A jövedelem típusa	Kérelmező	A családban élők			
2.	Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó ebből közfoglalkoztatásból származó:					
3.	Társas és egyéni vállalkozásból, östermelői, 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						

3. Nyilatkozatok

Kijelentem, hogy

- 3.1.*életvitelszerűen a lakóhelyemen /a tartózkodási helyemen élek (a megfelelő rész aláhúzendó),
- 3.2. a családban élő személyek életvitelszerűen az enyémmel megegyező lakcímen élnek,
- 3.3.a közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

(* Ezt a nyilatkozatot csak abban az esetben kell megtenni, ha egyidejűleg bejelentett lakó- és tartózkodási hellyel is rendelkezik.)

Kelt: Neszmély, 20....évhó.....nap

.....
kérelmező aláírása

Szakorvosi igazolás

A háziiorvosi / szakorvosi igazolás kiadására települési gyógyszer támogatás igénylése céljából kerül sor.

I. A társadalombiztosítás által támogatott, tartósan alkalmazott gyógyszerekre vonatkozó adatok

1. Havi rendszerességgel rendelt gyógyszerek:

Gyógyszer megnevezése	Gyógyszerforma	Havi adagolás	Szakorvos pecsétszáma*

* Ezt a rovatot akkor kell kitölteni, ha a gyógyszert csak szakorvos rendelheti vagy a javaslatot a szakorvos tette.

A táblázatban valamennyi, a kérelmező által szedett, tb-támogatásba befogadott gyógyszert fel kell tüntetni.

II. Háziiorvosra /szakorvosra vonatkozó adatok

A háziiorvos / a szakorvos neve:

Személy-specifikus orvosi bélyegzőjének száma:

Ágazati azonosító:

ÁNTSZ engedély száma:

Rendelő/munkahely neve, címe:

Telefonszáma:

III. Nyilatkozat

Kijelentem, hogy az igazolásban feltüntetett gyógyszeres szükséglet kizárólag a kérelmező orvosi dokumentációjában igazolt kezelése alapján került megállapításra.

Kelt:

P. h.

.....
háziiorvos / szakorvos aláírása