

KÉRELEM

TELEPÜLÉSI TÁMOGATÁS MEGÁLLAPÍTÁSÁHOZ

a gyógyszerkiadások viseléséhez

1. Személyi adatok

1.1. A kérelmező személyére vonatkozó adatok:

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): - -

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.

4. Egyéb nyilatkozatok

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

a) életvitelszerűen a lakóhelyemen / a tartózkodási helyemen élek, (megfelelő rész aláhúzandó)

☐ Kijelentem, hogy a gyógyszer támogatás megállapítása iránti kérelmemnek teljes egészében helyt adó döntés elleni fellebbezési jogomról lemondok.

Kelt: Vérteskethely, _____

a kérelmező aláírása

I G A Z O L Á S
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.*