2. melléklet[[1]](#footnote-1)

**KÉRELEM**

**gyógyszerköltség támogatás megállapítására**

Gyógyszerköltség támogatás megállapítását kérem, a kérelmem benyújtását megelőző, három egymást követő hónapban saját-, illetve velem együtt élő kiskorú gyermekem betegségére kifizetett gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök költsége miatt.

**Személyi adatok**

**Kérelmező**

neve: …………………………………………………………………………………………..

születési neve:…………………………………………………………………………............

születési helye és ideje: ………………………………………………………….....................

anyja neve: ……………………………………………………………………………………

bejelentett lakóhelye: …………………………………………………………………………

tartózkodási helye…………………………………………………………………………….

telefonszám: ……………………………………….…………………………………………

TAJ.:………………………………………………………………………………………….

**Kiskorú gyermek** személyi adatai:

(név, születési hely és idő, anyja neve, TAJ száma, lakóhelye)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Az igénylővel egy háztartásban élő közeli hozzátartozók száma: …………… fő

A közeli hozzátartozók adatai:

**A közeli hozzátartozók adatai:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Név** | **Szül hely és idő** | **Anyja neve** | **TAJ száma** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |

**Jövedelemnyilatkozat**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A jövedelmek típusai** | **Kérelmező jövedelme** | **Közeli hozzátartozók jövedelme** | | | |  | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |  | **5** | **6** | **7** |
| 1. Munkaviszonyból, munkavég-zésre irányuló egyéb jogviszony-ból származó jövedelem és táppénz |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. Társas és egyéni vállalkozásból  származó jövedelem |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. Nyugellátás, baleseti nyug-ellátás, egyéb nyugdíjszerű ellátások |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. A gyermek ellátásához és gondozásához kapcsolódó támo-gatások (GYED, GYES, GYET, családi pótlék, gyermektartásdíj) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított rendszeres pénzbeli ellátás (munkanélküli járadék, rendszeres szociális és nevelési segély, jövedelempótló támogatások, stb.) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. Föld bérbeadásából származó jövedelem |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. Egyéb (pl. ösztöndíj, értékpapírból származó jövede-lem, kis összegű kifizetések, stb.) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8. A család havi jövedelme összesen** |  |  |  |  |  |  |  |  |

Egy főre jutó havi családi nettó jövedelem: ………………………… Ft/hó *(ügyintéző tölti ki)*

**Nyilatkozat**

**Nyilatkozom arról**, hogy a közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

**Nyilatkozom arról is**, hogy közgyógyellátási jogosultsággal nem rendelkezem/gyermekem nem rendelkezik. (megfelelőt alá kell húzni)

Dátum: ……………………………………

…………………….

Aláírás

**Melléklet:**

jövedelemigazolások

kérelem benyújtását megelőző három hónap gyógyszerfelhasználásáról kiállított, névre szóló számla

1. Módosította a 3/2017.(II.28.) önkormányzati rendelet 15.§-a. Hatályba lépés napja 2017. március 1. [↑](#footnote-ref-1)