

## K É R E L E M

gyógyszerköltség támogatás megállapításához

KÉRELMEZŐ ADATAI

Név .....

Születési név .....

Születési hely, idő .....

Anyja neve .....

Lakóhely .....

Tartózkodási hely .....

TAJ száma .....

Állampolgársága ..... Családi állapota .....

Telefonszáma .....

1.) Az igénylővel egy háztartásban élő közeli hozzátartozók száma .....fő.

2.) Az 1.) pontban szereplő közeli hozzátartozók

|    | A<br>Név | B<br>Születési hely, idő | C<br>Anyja neve | D<br>TAJ száma |
|----|----------|--------------------------|-----------------|----------------|
| 1. |          |                          |                 |                |
| 2. |          |                          |                 |                |
| 3. |          |                          |                 |                |
| 4. |          |                          |                 |                |
| 5. |          |                          |                 |                |
| 6. |          |                          |                 |                |
| 7. |          |                          |                 |                |

3.) A kérelmező családi körülménye (a megfelelő rész aláhúzendó)

a) családos

b) egyedülálló

4.) Jövedelmi adatok (Ft/hó)

| A jövedelem típusa                                                                                       | A<br>Kérelmező | B<br>A családban élő közeli hozzátartozók |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------------------------------|--|--|--|--|
| 1. Munkaviszonyból és/vagy más foglalkoztatási jogviszonyból származó jövedelem                          |                |                                           |  |  |  |  |
| 2. Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, szellemi és más önálló tevékenységből származó jövedelem |                |                                           |  |  |  |  |
| 3. Táppénz, gyermekgondozási támogatások, családi pótlék                                                 |                |                                           |  |  |  |  |
| 4. Nyugdíjfolyósító szerv által folyósított ellátások                                                    |                |                                           |  |  |  |  |
| 5. Járási Hivatal által folyósított ellátások                                                            |                |                                           |  |  |  |  |
| 6. Alkalmi munkából származó jövedelem                                                                   |                |                                           |  |  |  |  |
| 7. Egyéb jövedelem                                                                                       |                |                                           |  |  |  |  |
| <b>8. Összes jövedelem</b>                                                                               |                |                                           |  |  |  |  |

A családban az egy főre jutó havi nettó jövedelem .....Ft/hó.

**I N D O K O L Á S**

.....  
 .....  
 .....

5.) Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy

- a) életvitelszerűen bejelentett lakóhelyemen / tartózkodási helyemen élek és  
**(a megfelelő rész aláhúzendő)**
- b) a fenti adatok a valóságnak megfelelnek.

Alulírottak hozzájárulunk ahhoz, hogy a kérelemben feltüntetett adatainkat a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 18. §-a szerinti nyilvántartásban kezeljék, és azokat a kérelem alapján lefolytatott szociális igazgatási eljárásban felhasználják.

***Kérelmem teljesítése esetén fellebbezési jogomról***

**(a megfelelő szövegrészt alá kell húzni)                      lemondok                      nem mondok le.**

Dunaújváros, ..... év ..... hó ..... nap

.....  
 a kérelmező vagy törvényes képviselő  
 aláírása

.....  
 a kérelmen szereplő  
 nagykorú hozzátartozó(k) aláírása

**A) Háziorvosi igazolás**  
**gyógyszerköltség támogatására való jogosultság megállapításához**

**A kérelmező személyes adatai**

Név .....

Születési név .....

Születési hely, év, hó, nap .....

Anyja neve .....

Lakóhely .....

Tartózkodási hely .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele .....

**A háziorvos nyilatkozata**

**Kijelentem, hogy nevezett tartós betegsége miatt gyógyszer rendszeres szedése indokolt.**

Dátum .....

P. H.

.....  
házi orvos aláírása

**B) Háziorvosi igazolás**

**magasabb összegű gyógyszerköltség támogatására való jogosultság megállapításához**

**A kérelmező személyes adatai**

Név .....

Születési név .....

Születési hely, év, hó, nap .....

Anyja neve .....

Lakóhely .....

Tartózkodási hely .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele .....

**A háziorvos nyilatkozata 6.000,- Ft-ot meghaladó gyógyszerköltség esetén:**

**A kérelmező által rendszeresen szedett gyógyszerek költsége a havi 6.000,- Ft-ot meghaladja.**

Dátum .....

P. H.

.....  
házi orvos aláírása

## JÖVEDELEMIGAZOLÁS

### Munkáltató adatai

Munkáltató neve .....

Munkáltató címe .....

### Dolgozó adatai

Dolgozó neve .....

Születési neve .....

Születési helye .....

Születési ideje .....

Anyja neve .....

Lakcíme .....

Jogviszony kezdete .....

Jogviszony megszűnése .....

**Hivatalosan igazoljuk, hogy nevezett**

..... év ..... hónap

(munkabért terhelő tartásdíjjal csökkentett) **nettó jövedelme** .....,-Ft

**Kelt** ..... év ..... hó ..... nap

**P.H.**

.....  
Cégszerű aláírás

**NYILATKOZAT**  
gyermektartásdíj fizetéséről

Alulírott

Név .....

Születési hely és idő .....

Lakóhely .....

Tartózkodási hely .....

nyilatkozom, hogy volt házastársamnak/élettársamnak

Név .....

Születési hely és idő .....

Lakóhely .....

Tartózkodási hely .....

..... hónapban ....., - Ft

tartásdíjat fizettem gyermekem (-eim) részére.

Dátum .....

.....  
nyilatkozó aláírása

.....  
volt házastárs/élettárs aláírása

Tanú I.

Név ..... Aláírás .....

Lakcím .....

SZIG .....

Tanú II.

Név ..... Aláírás .....

Lakcím .....

SZIG .....