

2. melléklet a 26...../2021. (VII. 15.) önkormányzati rendelethez

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 számafő.

2.) Az 1.) pontban szereplő közeli hozzátartozók

	A Név	B Születési hely, idő	C Anyja neve	D 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	B				
	Kérelmező	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 (pl. fogyatékosági támogatás)						
8. Összes jövedelem						

A családban az egy főre jutó havi nettó jövedelemFt/hó.

INDOKOLÁS

.....

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