1. melléklet a 8/2021.(VI.7.) önkormányzati rendelethez

**IGAZOLÁS**

**GYÓGYSZERKÖLTSÉGRŐL**

**GYÓGYSZERKIADÁSOK VISELÉSÉHEZ NYÚJTOTT TELEPÜLÉSI TÁMOGATÁS**

 **(GYÓGYSZERTÁMOGATÁS) MEGÁLLAPÍTÁSÁHOZ**

**Beteg neve: …………………………………………………………………..…………………………………………………...**

**Születési hely, idő: …………………………………………………………………………………….……………………….**

**Lakcím: ……………………………………………………………………..……………………………………………………….**

**TAJ szám: ………………………………………………………………………………………..……………………..………….**

1.) Közgyógyellátási igazolvánnyal rendelkezik-e: **igen / nem**

2.) Nevezett **rendszeresen** szedett **havi** gyógyszerei:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Gyógyszer neve | Gyógyszer havi mennyisége  | Gyógyszer ára havonta |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 **Összesen: ……………………...**

 Kelt: ………év……………….hó……nap

 …………………………………….………..……

 gyógyszerész aláírása, bélyegzője

## **KÉRELEM**

Gyógyszerkiadások viseléséhez nyújtott települési támogatás

 (Gyógyszertámogatás)

**I. A kérelmező személyi adatai**

Neve: …………………………………………………………………..……………………………………..……………..…………..

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

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

Születési helye:………………………………………………………Születési ideje: .………………..…………….………

Lakóhely: ………………………………………………………………………………………………………………………………..

Tartózkodási hely: ……………………………………………………………………………………….………………………….

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: ……………………………………………………………………….…………...

Telefonszám *(nem kötelező megadni)*: ……………………………..………………………………………….………..

#### **II. A jogosultsági feltételekre vonatkozó adatok**

A gyógyszertámogatás megállapítását jövedelmi helyzetemre és a magas gyógyszerköltségemre tekintettel kérem.

#### **III. Közgyógyellátási igazolvánnyal**

□ rendelkezem

□ nem rendelkezem

**IV. A családtagokra és azok jövedelmére vonatkozó adatok**

***a) A kérelmező családi körülménye:***

□ egyedül élő

□ nem egyedül élő

***b) A kérelmező családjában élő hozzátartozók adatai (többszemélyes családban élők esetén töltendő ki)*** A kérelmező családjában élők száma: …….. fő

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Családtag neve (születési neve)*** | ***Családi kapcsolat megnevezése*** | ***Születési helye, év, hónap, nap*** | ***Megjegyzés\**** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

\* Ebben az oszlopban kell feltüntetni, ha

* a 16-20 év közötti gyermek nem jár oktatási intézménybe, de önálló keresettel még nem rendelkezik,
* életkortól függetlenül a gyermek tartós betegségének vagy fogyatékosságának fennállását.

**c) Jövedelmi adatok**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A jövedelem típusa | ***Kérelmező***  | ***A családban élő közeli hozzátartozók*** |
| 1. Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó |  |  |  |  |  |  |
| 2. Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó |  |  |  |  |  |  |
| 3. Alkalmi munkavégzésből származó  |  |  |  |  |  |  |
| 4. Táppénz, gyermek-gondozási támogatások  |  |  |  |  |  |  |
| 5. Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások |  |  |  |  |  |  |
| 6. Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások  |  |  |  |  |  |  |
| 7. Egyéb jövedelem  |  |  |  |  |  |  |
| **8. Összes jövedelem**  |  |  |  |  |  |  |

A család egy főre jutó előző havi nettó jövedelme (ügyintéző tölti ki!) : …………………………..Ft

###### V. Nyilatkozatok

# a) Kijelentem, hogy

# életvitelszerűen a lakóhelyemen vagy a tartózkodási helyemen\* élek (\*A megfelelő rész aláhúzandó.),

# a kérelemben közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

b) Hozzájárulok, hogy az egészségi állapotomra vonatkozó adatokat (rendszeresen szedett gyógyszerek neve) a kérelem elbírálását végző hatóság megismerhesse és az elbíráláshoz felhasználhassa.

# c) Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt adatok valódiságát a szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 10. §-ának (7) bekezdése alapján a szociális hatáskört gyakorló szerv - az állami adóhatóság illetékes igazgatósága útján - ellenőrizheti.

# d) Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához.

Kérelmem kedvező elbírálása esetén fellebbezési jogomról lemondok

 nem mondok le. \*

\*A kívánt válasz jelölendő

Előszállás, ……………………………………………..

 ………………………………………………………

 kérelmező aláírása

**Vagyoni adatok**

*Ingatlanok*

1. Lakástulajdon és lakótelek-tulajdon (vagy állandó, illetve tartós használat) címe:

................................................................. város/község ......................................................

……………………út/utca .......... hsz., alapterülete: .............. m2, tulajdoni hányad: ................,

a szerzés ideje: ..................... év. Becsült forgalmi érték: ................... Ft.

2. Üdülőtulajdon és üdülőtelek-tulajdon (vagy állandó, illetve tartós használat) címe:

......................................................................város/község ....................................................

……………......út/utca .......... hsz., alapterülete: .............. m2, tulajdoni hányad: .................,

a szerzés ideje: ..................... év. Becsült forgalmi érték: ......................... Ft.

3. Egyéb, nem lakás céljára szolgáló épület-(épületrész-) tulajdon (vagy állandó használat) megnevezése (zártkerti építmény, műhely, üzlet, műterem, rendelő, garázs stb.): .............................................., címe: ..................................... város/község .......................................... út/utca ........ hsz., alapterülete: ............... m2, tulajdoni hányad: ............., a szerzés ideje: ........... év. Becsült forgalmi érték: ............................ Ft.

4. Termőföldtulajdon (vagy állandó használat) megnevezése: ..............................................., címe: ............................................................ város/község ............................................. út/utca .......... hsz., alapterülete: ......... m2, tulajdoni hányad: ............., a szerzés ideje: ............. év.

Becsült forgalmi érték: ............................. Ft.

*Egyéb vagyontárgyak*

5. Gépjármű

*a)* személygépkocsi: ..................................., típus: ..............., rendszám: .......... ...., a szerzés ideje, valamint a gyártás éve: ................. év. Becsült forgalmi érték: ............................... Ft.

*b)* tehergépjármű, autóbusz, motorkerékpár, vízi- vagy egyéb jármű: ...................................., típus: ..................., rendszám *(rendszám nélküli gépek esetén a gyártási vagy azonosító számot kell feltüntetni)*: ................., a szerzés ideje, valamint a gyártás éve: ...................... év.Becsült forgalmi érték: ........................... Ft.

Kelt: ……………………, ………….év …………………….hónap ……..nap

 …………………………………

 aláírás

***Megjegyzés:***

*Ha a kérelmező vagy közeli hozzátartozója bármely vagyontárgyból egynél többel rendelkezik, akkor a vagyonnyilatkozat megfelelő pontját a vagyontárgyak számával egyezően kell kitölteni.*

*Ingatlan becsült forgalmi értékeként az ingatlannak a településen szokásos forgalmi értékét kell feltüntetni.*

*Gépjármű, termelő- és munkaeszköz becsült forgalmi értékeként a jármű, illetve termelő- és munkaeszköz kora és állapota szerinti értéket kell feltüntetni.*

Előszállás Nagyközség Önkormányzata felhívja ügyfelei figyelmét, hogy a nyomtatvány kitöltése során felvételre kerülő személyes adatokat a hivatal Adatvédelmi és adatbiztonsági szabályzatának megfelelően kezeli, melyet megtekinthet az önkormányzat honlapján ([www.eloszallas.hu](http://www.eloszallas.hu)) vagy megismerheti annak tartalmát az ügyfélszolgálaton elhelyezett példányból

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **GYÓGYSZERTÁMOGATÁS**Gyógyszerkiadások viseléséhez nyújtott települési támogatásra való jogosultság (továbbiakban: gyógyszertámogatás) állapítható meg annak a szociálisan rászorult személynek, akinek a családjában az egy főre jutó nettó havi jövedelem nem haladja meg a mindenkori öregségi nyugdíj legkisebb összegének 200 %-át, egyedül élő esetén 450 %-át, vagyona a család egyik tagjának sincs és havi rendszeres gyógyító ellátásának költsége eléri a mindenkori öregségi nyugdíj legkisebb összegének 15 %-át.**Jövedelmi viszonyai alapján jogosult: (ügyintéző tölti ki)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Igen** |
|  |  |
|  | **Nem** |

Előszállás, ……………………………………………..   |
|  |
|  |
|  |
|  |