

## Gyógyszertámogatás

### I. Személyes adatok

#### 1./ A kérelmező személyére vonatkozó adatok

Neve: -----

Születési neve:-----

Anyja neve: -----

Születési helye és ideje: -----

Lakóhelye: 7164. Bataapáti ----- utca ----- szám.

Tartózkodási helye: -----

TAJ \*szám ( 9 számjegy ): -----

Telefón szám:----- (nem kötelező közölni) e-mail

cím: ----- (nem kötelező közölni)

### II. A közeli hozzátartozókra és jövedelmükre vonatkozó adatok

#### 1./ A kérelmező családi körülményei:

☐ egyedül élő\*\*

☐ nem egyedül élő

2./ Kérelmező családjában\*\*\* élő közeli hozzátartozók\*\*\*\* száma száma: ----- fő

3./ Kérelmező családjában élő közeli hozzátartozók adatai:

|   | Közeli hozzátartozó neve<br>(születési neve) | Születési helye<br>ideje | Családi kapcsolat<br>megnevezése | TAJ szám |
|---|----------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|----------|
| a |                                              |                          |                                  |          |
| b |                                              |                          |                                  |          |
| c |                                              |                          |                                  |          |
| d |                                              |                          |                                  |          |
| e |                                              |                          |                                  |          |
| f |                                              |                          |                                  |          |
| g |                                              |                          |                                  |          |

\* TAJ szám: Társadalombiztosítási Azonosító Jel, amely a Társadalombiztosítási igazolványon található 9 jegyű szám

\*\* egyedül élő: az a személy, aki egyszemélyes háztartásban lakik.

\*\*\* Család: az egy lakásban együtt lakó, ott bejelentett lakóhellyel vagy tartózkodási hellyel rendelkező közeli hozzátartozók közössége.

\*\*\*\* Közeli hozzátartozó: a házastárs, az élettárs, a húszévesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező; a huszonhárom évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, nappali oktatás munkarendje szerint tanulmányokat folytató; a huszonöt évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, felsőoktatási intézmény nappali tagozatán tanulmányokat folytató vér szerinti gyermek, örökbefogadott gyermek, mostohagyermek és a Ptk. szerinti gyermekvédelmi nevelőszülő által e jogviszonya keretében nevelt gyermek kivételével a nevelt gyermek, korhatárra való tekintet nélkül a tartósan beteg, az autista, illetve a testi érzékszervi, értelmi vagy beszéd fogyatékos vér szerinti, örökbefogadott, mostoha-, illetve nevelt gyermek, amennyiben ez az állapot a gyermek 25. életévének betöltését megelőzően is fennállt.

**A gyógyszer-támogatás megállapítását jövedelmi helyzetemre és magas gyógyszerköltségemre tekintettel kérem.**

### **III. Jövedelmi adatok**

A kérelmező, valamint a családjában élő közeli hozzátartozó havi jövedelme forintban.

| A jövedelem típusa                                                                                     | A kérelmező | Az kérelmezővel egy családban élő közeli hozzátartozók jövedelme |   |   |   |   |   |   | összesen |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|----------|
|                                                                                                        |             | a                                                                | b | c | d | e | f | g |          |
| 1. Munkaviszonyból, és más foglalkoztatási jogviszonyból származó ebből: közfoglalkoztatásból származó |             |                                                                  |   |   |   |   |   |   |          |
| 2. Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó |             |                                                                  |   |   |   |   |   |   |          |
| 3. Táppénz, gyermekgondozási támogatások                                                               |             |                                                                  |   |   |   |   |   |   |          |
| 4. Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások                                    |             |                                                                  |   |   |   |   |   |   |          |
| 5. Önkormányzati és munkaügyi szervek által folyósított ellátások                                      |             |                                                                  |   |   |   |   |   |   |          |
| 6. Egyéb jövedelem                                                                                     |             |                                                                  |   |   |   |   |   |   |          |
| 7. Összes jövedelem                                                                                    |             |                                                                  |   |   |   |   |   |   |          |

A család egy főre jutó havi nettó jövedelme: ----- Ft/hó

Gyógyszerköltség ( orvosi igazolás alapján): ----- Ft/hó

**A gyógyszertámogatás havi összege: 5.000,- Ft / hó**

A gyógyszertámogatást a Képviselő-testület 6 hónapra állapítja meg.

**Gyógyszertámogatásra az a bátaapáti lakcímmel rendelkező személy jogosult, akinek**

- a) egyedül élő estén a jövedelme a szociális vetítési alap összegének 350%-át (99.750,-) nem haladja meg,
- b) családban élő esetén az egy főre jutó jövedelem a szociális vetítési alap összegének 300%-át (85.500,-) nem haladja meg, feltéve, ha részére a feltétlenül szükséges havi rendszeres gyógyító ellátás költségének összege meghaladja a havi 6.000,- forintot.

#### **IV. Nyilatkozatok**

1./ Felelősségem tudatában kijelentem, hogy életvitelszerűen *lakóhelyemen vagy tartózkodási helyemen* élek (megfelelő rész aláhúzendő)

2./ A közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

3./ Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatok a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához.

Bátaapáti, 20. ----- hó ----- napján

-----  
kérelmező aláírása

-----  
a háztartás nagykorú tagjainak aláírása

A kérelemhez csatolni kell:

1. A kérelmező és a családjában élő közeli hozzátartozó – a **kérelem benyújtást megelőző hónap - jövedelemigazolását**. A munkanélküli ellátásban részesülő (munkanélküli járadék, álláskeresői segély) családtagok esetén **a munkaügyi központ igazolását!**
2. **Orvosi igazolást a havi gyógyszerköltségről.**

# IGAZOLÁS A BIZTOSÍTOTT HAVI GYÓGYSZERKÖLTSÉGÉRŐL

(A kezelőorvos aláírása és bélyegző lenyomata nélkül nem fogadható el.)

Kérelmező neve:.....

TAJ szám:.....

Közfogygyellátásra jogosító igazolvánnyal rendelkezik-e: ☐ IGEN ☐ NEM

A Biztosított rendszeresen szedett havi gyógyszerei:

**Gyógyszer neve**

**A Biztosított által fizetendő térítési díj**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Javasoljuk, de a társadalombiztosítás által nem támogatott gyógyszerek, gyógyhatású készítmények:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Összesen: \_\_\_\_\_ -Ft

A kezelőorvos egyéb észrevétele, közlendője, javaslata gyógyhatású készítményekre:

.....

.....

.....

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

.....

Kezelőorvos aláírása  
bélyegző lenyomata